



e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

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

**Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de  
Segurança do Doente Hospitalizado**

Rachel Nunes Freire

Coimbra, junho de 2017





e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

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

**Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de  
Segurança do Doente Hospitalizado**

Rachel Nunes Freire

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Doutora Maria da Conceição Baia

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre em

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, junho 2017



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Conceição Baia pela disponibilidade, orientação e apoio ao longo de toda esta investigação.

Ao Professor José Carlos Martins e Professora Isabel Fernandes pela sua atenção, disponibilidade e carinho.

A todos os Enfermeiros que dispensaram tempo e disponibilidade para contribuírem para a realização deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga pelo deferimento para a realização deste estudo.

Aos meus pais e irmãos pelo apoio incondicional e por terem despendido do seu tempo para que pudesse trabalhar no estudo.

Ao Nuno e Filipe por todos os momentos em que estive ausente quer física quer psicologicamente.

À Sara Esteves, por me ter sempre apoiado e estado ao meu lado quer nos maus como nos bons momentos.

E a todos os que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

Muito Obrigada!



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

% - Frequência percentuais

$\bar{X}$  – Média

AHRQ – *Agency for Health Research and Quality*

ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

DGS – Direção Geral de Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

et al. – Entre outros

EUA – Estados Unidos da América

ICPS – *International Classification for Patient Safety*

IOM – *Institute of Medicine*

JCI – Joint Commission International

N – Frequências absolutas

NHS – *English Health Service*

NPSA – *National Patient Safety Agency*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OM – Ordenação média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – significância

PNS – Plano Nacional de Saúde

r – correlação

$r^2$  – coeficiente de determinação

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

WHO – *World Health Organisation*

X<sup>2</sup>-Qui – quadrado

## RESUMO

A segurança do doente é uma preocupação dos governos, tendo a Organização Mundial de Saúde recomendado a avaliação da cultura de segurança do doente a cada 2 anos, a fim de se conhecer as áreas problemáticas neste âmbito e também permitir a monitorização e a implementação de medidas que contribuem para a qualidade e segurança dos cuidados. Assim, a fim de conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à cultura de segurança do doente hospitalizado formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado?

Formulou-se como objetivos deste estudo: conhecer a perceção dos enfermeiros do CHBV - Unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado; saber se a idade, a experiência profissional, formação dos enfermeiros na área da segurança do doente/gestão de risco e as habilitações académicas interferem na perceção destes sobre cultura de segurança e identificar os pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria no que diz respeito à cultura de segurança. Desenvolveu-se um estudo descritivo, exploratório e correlacional de abordagem quantitativa, numa amostra de 217 enfermeiros do CHBV – unidade de Aveiro, a quem aplicamos o questionário “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” traduzido para a população Portuguesa, para colheita de dados.

Das dimensões estudadas não se identificaram dimensões como pontos fortes da cultura de segurança do doente hospitalizado. No entanto, as dimensões mais positivas foram: “o trabalho em equipa”, as “transições” e a “abertura na comunicação”. As dimensões identificadas como oportunidades de melhoria que se destacaram por apresentarem valores percentuais de respostas positivas abaixo dos 20% foram as dimensões: “resposta ao erro não punitiva”, “frequência da notificação de eventos” e “apoio à segurança do doente pela gestão”.

Em suma, deve-se continuar a investir numa cultura de incentivo à aprendizagem, à notificação do erro e à implementação de políticas de saúde centrada no doente. Isto é possível através de formação dos profissionais na área da segurança/gestão de risco, mas também através da desmistificação da culpabilização, do trabalho em equipa, da comunicação e partilha de informações de modo a que todos os profissionais de saúde possam, em conjunto, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde.

**Palavras- chave:** Qualidade nos cuidados de saúde, cultura de segurança do doente hospitalizado, eventos adversos.



## **ABSTRACT**

Patient safety is a concern of governments that the World Health Organization has recommended that the safety culture of the patient be evaluated every 2 years in order to identify the problem areas in this area and also to enable the monitoring and implementation of measures that will contribute to the quality and safety of patient care. In order to know the nurses' perception of safety culture of the hospitalized patient, the following research question was asked: What is the perception of nurses at the Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - Aveiro on safety culture of hospitalized patient? It was formulated as objectives of this study: to know the nurses' perception of the CHBV - Aveiro about the safety culture of the hospitalized patient; whether age, professional experience, training of nurses in the area of patient safety/risk management and academic qualifications interfere with their perception of safety culture and identify the strengths and points that need improvement in respect safety culture. A descriptive, exploratory and correlational study of a quantitative approach was developed in a sample of 217 nurses from the CHBV - Aveiro, to whom we applied the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" translated for the Portuguese population.

Of the dimensions studied none was identify has strengths of the safety culture of the hospitalized patient. However, the most positive dimensions were: "teamwork within units", "handoffs and transitions" and "communication openness". The dimensions identified as opportunities for improvement that stood out for presenting percentage values of positive responses below 20% were the dimensions: "nonpunitive response to error", "frequency of event reported" and "management support for patient safety".

Therefore, we must continue to invest in a culture of learning encouragement, error reporting and patient-centered health policy implementation. This is possible through the training of professionals in the area of safety / risk management, but also through the demystification of blame, teamwork, communication and information sharing so that all health professionals can contribute to the safety of health care.

**Keywords:** Quality in health care, safety culture of the hospitalized patient, adverse events.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela n. 1</b> - Resultados do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov.....	76
<b>Tabela n. 2</b> - Teste Kruskal-Wallis entre as faixas etárias e as dimensões da cultura de segurança.....	96
<b>Tabela n. 3</b> - Teste Kruskal-Wallis entre os anos de experiência profissional e as dimensões da cultura de segurança .....	97
<b>Tabela n. 4</b> - Teste Mann-Whitney entre a realização de formação em cultura de segurança/gestão de risco e as dimensões da cultura de segurança .....	99
<b>Tabela n. 5</b> - Teste Mann-Whitney entre as habilitações académicas e as dimensões da cultura de segurança .....	100



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro n. 1</b> - Operacionalização das variáveis do instrumento de colheita de dados	66
<b>Quadro n. 2</b> – Dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado	69
<b>Quadro n. 3</b> – Consistência interna das dimensões da cultura de segurança do doente hospitalizado	73
<b>Quadro n. 4</b> – Caracterização da amostra	81
<b>Quadro n. 5</b> – Grau de segurança do doente	83
<b>Quadro n. 6</b> - Número de eventos/ocorrências notificados nos últimos 12 meses	83
<b>Quadro n. 7</b> – Dimensão 1: trabalho em equipa	84
<b>Quadro n. 8</b> – Dimensão 2: expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	85
<b>Quadro n. 9</b> – Dimensão 3: apoio à segurança do doente pela gestão	86
<b>Quadro n. 10</b> - Dimensão 4: aprendizagem organizacional – melhoria contínua	86
<b>Quadro n. 11</b> - Dimensão 5: percepções gerais sobre a segurança do doente	87
<b>Quadro n. 12</b> - Dimensão 6: feedback e comunicação acerca do erro	87
<b>Quadro n. 13</b> - Dimensão 7: abertura na comunicação	88
<b>Quadro n. 14</b> – Dimensão 8: frequência da notificação de eventos	88
<b>Quadro n. 15</b> - Dimensão 9: trabalho entre unidades	89
<b>Quadro n. 16</b> - Dimensão 10: dotação de profissionais	89
<b>Quadro n. 17</b> - Dimensão 11: transições	90
<b>Quadro n. 18</b> - Dimensão 12: resposta ao erro não punitiva	90
<b>Quadro n. 19</b> – Perspetiva global da avaliação da cultura de segurança do doente hospitalizado: percentagem de respostas positivas face às 12 dimensões	91
<b>Quadro n. 20</b> – Itens considerados pontos fortes da cultura de segurança do estudo	92
<b>Quadro n. 21</b> – Itens considerados acetáveis do estudo	92
<b>Quadro n. 22</b> – Itens que são oportunidade de melhoria do estudo	93



## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1** - Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado..... 38

**Figura 2** – Modelo do queijo suíço segundo a teoria de James Reason..... 50



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
<b>1. QUALIDADE EM SAÚDE E SUA SUSTENTABILIDADE .....</b>	<b>25</b>
<b>2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....</b>	<b>33</b>
2.1. SEGURANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE .....	43
<b>3. A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOS EVENTOS ADVERSOS .....</b>	<b>49</b>
3.1 A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES .....	55
<b>II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>59</b>
<b>1. METODOLOGIA.....</b>	<b>61</b>
1.1. TIPO DE ESTUDO .....	61
1.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	62
1.3. HIPÓTESES .....	63
1.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	64
<b>1.4.1. Operacionalização das variáveis .....</b>	<b>65</b>
1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	66
<b>1.5.1. Seleção da amostra .....</b>	<b>67</b>
1.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	67
1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	74
1.8. TRATAMENTO DE DADOS .....	75
<b>III – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>77</b>
<b>1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>79</b>
1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA AMOSTRA.....	79

1.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO .....	83
1.3. ANÁLISE INFERENCIAL.....	95
<b>2. DISCUSSÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>127</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I - Instrumento de colheita de dados

ANEXO II - Autorização para a utilização do questionário Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado

ANEXO III - Autorização da administração do CHBV para a aplicação do instrumento de colheita de dados

## INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas muito se tem apostado na área da cultura de segurança do doente devido à publicação de dois trabalhos nomeadamente, o relatório do *Harvard Medical Practice Study* em 1991, onde alertava para a ocorrência dos eventos adversos, verificando-se que em 3,7% das hospitalizações ocorriam eventos adversos e que destes, 27,6% eram atribuídos a erros (Leape et al. como referido por Silva, 2013). O outro relatório, que teve mais impacto junto dos governos, foi o relatório “*To Err is Human: building a safer health system*” do Institute of Medicine (IOM) do Estados Unidos da América (EUA) em 2000. Com este documento os países constataram o impacto do erro na qualidade na saúde e na segurança dos cuidados, uma vez que este relatório apontava para 44000 a 98000 mortes decorrentes de erros evitáveis.

Deste modo, para o estabelecimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia referem que é essencial conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente, a fim de implementar as mudanças nos comportamentos dos profissionais e das organizações para desta forma conduzirem a melhores níveis de segurança e qualidade nos cuidados (DGS, 2013a).

Assim, desenvolveram-se estudos com o objetivo de conhecer melhor esta realidade, tendo daqui resultado a formação de comissões para dar resposta a esta temática da qualidade em saúde e a segurança do doente. Em 2001, no Reino Unido, o *English National Health Service* (NHS), no estudo “*An organisation with a memory*”, estimava que cerca de 85 000 doentes por ano eram vítimas de eventos adversos (Department of Health, 2000). Em 2004 desenvolveu-se a *Global Alliance for Patient Safety* de forma a apoiar os Estados Membros na problemática da segurança do doente. Em Espanha foi criado o *Observatorio para la Seguridad del Paciente – Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud* e em Portugal, foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde, da Direção Geral de Saúde (DGS), entre muitas outras organizações nos diferentes países.

Os erros sempre estiveram associados aos cuidados de saúde, apesar dos enfermeiros prestarem cuidados tendo por base um código deontológico que assenta na premissa de não fazer mal ao doente. Mas só com os recentes estudos é que se teve a perceção do erro face aos cuidados de saúde prestados. Segundo Reason (2000), o erro está

inerente à condição humana e por isso para diminuir a incidência do erro nos cuidados de saúde é essencial que as instituições se foquem no sistema, ou seja, nunca associar o erro ao profissional que o pratica mas sim às condicionantes envolvidas aquando o erro.

Vários estudos demonstram que os eventos adversos associados aos cuidados de saúde rondam entre os 3,7% e os 16,6%, sendo que mais de metade poderiam ser evitados (Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, 2011). As principais causas do erro estão relacionados com falhas na comunicação, com a existência de cenários incertos, assim como a existência de equipamentos diversos, entre outros (Fragata, 2010; Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010).

Em consequência destas principais causas do erro, os eventos adversos mais reportados pelos profissionais de saúde prendem-se com a medicação, a colheita de sangue, a punção venosa periférica, a identificação dos doentes, entre outros fatores (Sousa, Serranheira & Sousa-Uva, 2013).

Desta forma, é prioritário conhecer-se a realidade das instituições hospitalares portuguesas no que concerne à qualidade e segurança dos cuidados sendo deste modo necessário a implementação de uma cultura de aprendizagem nas equipas, o incentivo à notificação dos eventos através de uma plataforma anónima, assim como, pela partilha da informação adquirida através desses mesmos processos de notificação. Pois só assim poderemos estabelecer medidas que visam a diminuição do erro e consequentemente melhorar a segurança dos doentes e a qualidade nos cuidados de saúde.

Face ao exposto e a fim de conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente à cultura de segurança do doente hospitalizado formulou-se a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros do CHBV - unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado?

Indo de encontro à questão formulada, delinearão-se os seguintes objetivos para o estudo: a) conhecer a perceção dos enfermeiros do CHBV - Unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente; b) saber se a idade, a experiência profissional, a formação dos enfermeiros na área da segurança do doente/ gestão de risco e as habilitações académicas interferem na perceção destes sobre cultura de segurança; c) e identificar os pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria no que diz respeito à cultura de segurança.

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo, exploratório e correlacional de abordagem quantitativa cuja população são os enfermeiros do CHBV – unidade de Aveiro.

Para a recolha de dados, o instrumento de colheita de dado selecionado para este estudo foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Este questionário é um instrumento da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, traduzido e validado por Eiras, Escoval, Grillo, & Silva-Fortes (2014).

Este estudo encontra-se estruturado em três partes, sendo elas o enquadramento teórico, o enquadramento metodológico e o estudo empírico. No enquadramento teórico é realizado uma breve abordagem aos conceitos de qualidade em saúde, de cultura de segurança do doente e eventos adversos, com especial ênfase para o papel destes dentro das organizações hospitalares. A segunda parte diz respeito às diferentes etapas da metodologia utilizada e na terceira parte é feita a apresentação dos resultados obtidos, discussão dos mesmos e respetivas conclusões.

A elaboração deste estudo tem como finalidade contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados através da avaliação da perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente nesta instituição e pela identificação das áreas que carecem de melhoria.



## **I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1. QUALIDADE EM SAÚDE E SUA SUSTENTABILIDADE**

Atualmente a qualidade em saúde representa umas das principais metas das instituições de saúde no que diz respeito à prestação de cuidados. No entanto esta preocupação não é algo recente estando, pelos princípios éticos da beneficência e não maleficência, desde sempre inerente à prática clínica (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

Para além disso, existem fatores que exigem o aumento da qualidade e da segurança com que os profissionais prestam os cuidados. Entre eles está, por um lado, o crescente interesse dos utentes acerca dos cuidados a que são sujeitos, o que se traduz numa maior intolerância destes face aos erros e à falta de qualidade dos serviços e por outro lado, o especial e atual interesse por parte dos medias na divulgação de eventos adversos que ocorram nas instituições.

Segundo a Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) (2009), também outros fatores possuem grande impacto na qualidade e segurança dos cuidados como a constante evolução das ciências da saúde, que obrigam os profissionais a estarem na vanguarda das evidências científicas a fim de prestarem cuidados de acordo com as normas e procedimentos definidos pela DGS. Além de que, a reestruturação a que as instituições hospitalares foram sujeitas nas últimas décadas, têm levado ao encerramento de algumas instituições e serviços e ao agrupamento das restantes podendo ter repercussão nos cuidados face o possível aumento da distância dos utentes às instituições, o aumento das listas de espera quer nas consultas como nas cirurgias, entre outros motivos.

Assim, numa perspetiva economicista e vendo as instituições hospitalares como organizações que fornecem cuidados, torna-se essencial que a definição de qualidade em saúde seja sob a forma de normas e processos de modo a que permitam a sua avaliação, uma vez que esta tem um papel fulcral na área da gestão (Fragata, 2012). Por conseguinte, o mesmo autor define qualidade em saúde como “um nível de cuidados que se aproximasse das expectativas dos consumidores e interessados” (p.17).

Já o IOM dos EUA citado por ARSLVT (2009) menciona que a qualidade em saúde define-se pela probabilidade de se atingir os resultados de saúde desejados tendo por base os conhecimentos profissionais correntes.

Já Saturno et al. citado pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) (2011) complementa a definição de qualidade em saúde acrescentando a ideia da “prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (p.2). Sendo importante, ainda, de acordo com Delgado (2009), que se assegure a qualidade dos cuidados desde o acolhimento e durante todo o processo de cuidados tendo em conta o conforto, a informação e o relacionamento com o doente e família.

Deste modo, Gama e Saturno (2013) consideram que as várias definições de qualidade em saúde são múltiplas interpretações que se traduzem na satisfação das necessidades de uma população no que concerne aos cuidados de saúde. Segundo os mesmos autores, não existe uma definição considerada precisa uma vez que é necessário ter em conta os serviços de saúde em questão e o meio onde estes estão inseridos.

Fragata (2012) refere que no final dos anos 60 Donabedian define o conceito de qualidade tendo em conta a tríade – resultado, processo e estrutura. Posteriormente foi introduzido uma nova componente, a segurança, pois “não poderá existir qualidade se a prestação for insegura, evitada de erros e de complicações” (p.18). Assim sendo, a definição da qualidade torna-se muito complexa e tem sido operacionalizada em várias dimensões que, consoante os autores, podem diferenciar. Donabedian, citado por Fragata (2012), é de opinião que os cuidados de saúde com qualidade contemplam sete dimensões: a equidade, a efetividade, a eficácia, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a eficiência.

Já o IOM (2001) dos EUA preconiza que as dimensões que o conceito de qualidade integra são: a oportunidade de cuidado, a centralidade no utente, a equidade, a efetividade, a eficiência e a segurança do doente. Segundo Fragata (2012) a eficiência é definida como sendo o uso dos recursos necessários para a prestação dos cuidados sem desperdício; a equidade como a prestação dos cuidados sem desrespeito pela raça, credo ou posição socioeconómica; a oportunidade de cuidado, como o uso da gestão de tempo de forma correta; a efetividade, como sendo a prestação de cuidados só para quem precisa a fim de evitar desperdícios; a segurança do doente, passa por evitar os danos e as lesões resultantes dos cuidados e por último, o cuidado centrado no doente, que sugere que o doente deve participar nos cuidados e estes devem ser dirigidos às suas necessidades, valores ou preferências.

Segundo Campos et al. (2010), as dimensões da qualidade são a efetividade, que equivale a se determinado cuidado promove o efeito desejado, que pode ir desde a cura do doente a uma melhoria do seu estado; a eficiência, que é a capacidade de produzir

resultados com o mínimo de recursos possíveis; o acesso, que é a inexistência de impedimentos para a obtenção dos resultados pretendidos; a segurança, que se prende com o fato dos cuidados prestados não causarem danos ao doente; a equidade, que aponta para que todos os doentes têm o mesmo direito aos cuidados de saúde; a adequação, que é o prestar cuidados de saúde em conformidade com as necessidades do doente; a oportunidade, que corresponde ao acesso nos cuidados de saúde em tempo útil; os cuidados centrados no doente, sendo os cuidados prestados de acordo com o pretendido pelo doente face às suas preferências e valores; a continuidade, que está relacionada com a não interrupção dos cuidados efetuados e por último, o respeito, que é relativo aos valores do utente, à identidade e aos seus direitos e que os profissionais que prestam cuidados devem ter em conta.

Segundo o despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde (2015) as dimensões envolvidas na qualidade dos cuidados são: a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade, a acessibilidade, a sua prestação no momento adequado, a continuidade dos cuidados, a sua eficiência e efetividade.

Também Fragata (2012) refere que sem segurança não pode haver qualidade, devendo esta ser incluída na tríade de Donabedian. Defende ainda que se poderia criar uma quinta dimensão, a satisfação dos doentes, numa perspetiva de satisfação dos cuidados prestados e satisfação face às suas expectativas iniciais. Conjugando todas estas definições, Fragata (2012) refere que “modernamente, e de modo mais simples, a qualidade na saúde define-se hoje numa triangulação de efetividade (eficácia mais eficiência), experiência dos doentes (satisfação) e segurança (ausência de complicações)” (p.19).

Apesar do conceito de saúde ser um conceito volátil que se tem vindo a construir ao longo dos tempos, também ele irá influenciar a perceção que os utentes formulam sobre as instituições de saúde e em particular com a qualidade dos cuidados de saúde. Essa perceção poderá, também, depender das experiências vivenciadas anteriormente e do motivo que os levou a recorrer a estas instituições.

Desta maneira, as necessidades e expectativas dos cuidados de saúde por parte dos utentes variam segundo condicionantes associadas à oferta como à procura destes mesmos cuidados de saúde. Motivos como as mudanças sociais, políticas, ambientais e tecnológicas a que a saúde está sujeita, faz com que o futuro dos cuidados de saúde sejam incertos e imprevisíveis. Para além disso, a própria natureza do sistema de saúde é complexo uma vez que existe uma imprevisibilidade da resposta aos cuidados, o que pode comprometer as expectativas dos doentes face aos cuidados de saúde. Por outro

lado, os resultados esperados dos cuidados não passam apenas pela melhoria do seu estado mas também pela melhoria da qualidade de vida (Campos et al., 2010).

Assim sendo, segundo a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (2015), com a evolução da tecnologia e da evidência científica associada à saúde, os utentes tendem a esperar mais respostas dos serviços de saúde, sendo esta uma condicionante relacionada com a procura dos cuidados de saúde. No entanto, esta condicionante terá sempre de ser enquadrada na perspetiva de recessão económica em que Portugal se encontra e que se traduz numa gestão eficaz dos recursos existentes.

Ainda numa perspetiva económica, as condicionantes identificadas com a procura dos serviços de saúde prendem-se com o crescimento da população idosa, que se traduz num aumento das doenças crónicas, o que leva a um elevado consumo dos cuidados de saúde arrastando cada vez mais a hospitalização dos doentes. Observa-se também um aumento das expectativas das populações no que diz respeito à resposta dos cuidados de saúde, quer no tratamento das doenças quer a nível da prevenção destas (OECD, 2015).

No que concerne às condicionantes relacionadas com a oferta de cuidados de saúde, está, por um lado, a capacidade de resposta científica, tecnológica e holística das organizações de saúde, uma vez que existe um crescimento exponencial do conhecimento, traduzindo-se assim num rápido evoluir dos conhecimentos científicos e tecnológicos. Por outro lado, o aparecimento de profissionais, cada vez mais, superespecialistas com vastos conhecimentos sobre determinado assunto mas com dificuldade de ter uma visão holística, pode ter repercussões pois poderá haver maior dificuldade em efetuar os cuidados de acordo com as necessidades do doente face aos recursos existentes (Campos et al., 2010).

Para além disso, verificamos que as políticas de saúde vão no sentido de uma gestão de custos mais rigorosa, exigindo na mesma a qualidade do serviço. Ainda é visível a desigualdade que há no acesso aos cuidados de saúde uma vez que o acesso a estes não é universal e a continuidade dos cuidados por vezes é deficitária ou inexistente (Campos et al., 2010).

Segundo a OECD (2015), apesar das pressões financeiras nas últimas décadas, Portugal foi capaz de conciliar, mesmo com os cortes orçamentais, uma melhoria na qualidade dos cuidados. Apesar de não haver evidências científicas verificou-se um aumento na incidência das doenças mentais, assim como na incapacidade de alguns cidadãos para manter alguns cuidados mínimos como a alimentação ou a medicação. Por sua vez, os profissionais de saúde viram reduzidos os seus vencimentos e ao

mesmo tempo o aumento do rácio doente/profissional devido ao acréscimo da procura dos cuidados de saúde. Apesar deste panorama, as organizações de saúde têm sido capazes de manter os seus padrões de qualidade de cuidados (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

O relatório da OECD (2015) refere que Portugal consegue prestar cuidados de qualidade a custos cada vez mais reduzidos, nomeadamente através da reestruturação dos hospitais, melhor coordenação destes com os cuidados primários, do uso de medicamentos genéricos, da existência de uma plataforma que permite a transmissão de informação do doente entre instituições e da existência de protocolos de atuação em determinado tipo de doenças.

Para o país ter um bom sistema de sustentabilidade, quer para os cuidados de saúde quer para os cidadãos é necessário que a população seja saudável, que exista uma boa rede de cuidados, uma adequada interligação entre as políticas de saúde e as políticas socioeconómicas e, ainda, um sistema de saúde eficiente, centrado na pessoa e munido com profissionais de saúde qualificados, com capacidade de trabalharem em equipa (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014). Ainda segundo o mesmo autor, para um sistema de saúde ser sustentável e de elevada qualidade deve ter como princípios basilares evitar desperdício, ter uma boa gestão dos recursos existentes, implementar uma cultura de aprendizagem e de melhoria contínua com base em evidências científicas, sendo esta informação divulgada entre todas as organizações. É também fundamental o trabalho em equipa, promover os cuidados de saúde não só nas organizações mas também no domicílio e na comunidade, tendo como principal foco de atenção a pessoa, integrando-a no processo de decisão dos cuidados, através de um método transparente. Assim, toda a comunidade poderá possuir uma visão alargada dos fatores determinantes da saúde, abrangendo a população equitativamente, mobilizando todos os setores da sociedade.

Em Portugal, o departamento da Qualidade na Saúde (DQS), criado em 2009 através da portaria n.º 155/2009, tem como missão a “coordenação das atividades e programas de melhoria da qualidade clínica e organizacional, do sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes ...” (PNS, 2011, p.9).

Em 2013, a *World Health Organisation* (WHO) elaborou um documento com o título “*Health 2020- A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*” com as novas políticas europeias de saúde, tendo como principais intervenções: a) investir na saúde ao longo do ciclo de vida; b) combater doenças não transmissíveis e

transmissíveis; c) capacitar os serviços de saúde de modo a que sejam capazes de dar resposta às necessidades da comunidade, nomeadamente na vigilância e na resposta a ameaças; d) desenvolver ambientes protetores e comunidades resilientes (PNS, 2015; WHO, 2013).

Assim sendo, é fundamental para a promoção da saúde capacitar os cidadãos e a sociedade em geral para que sejam participantes ativos dos cuidados de saúde, deixando o foco de se centrar no hospital e na doença para se centrar nas pessoas e saúde. O mesmo documento, *Health 2020*, refere que para se chegar a este patamar é necessário que sete elementos-chave sejam contemplados: uma liderança capaz de unir a população; políticas que contemplem a promoção da saúde, a participação dos doentes nos cuidados e tendo por base as evidências científicas que permitam criar um programa de mudança; uma participação mais ativa por parte dos cidadãos pois estes devem ser gestores da sua própria saúde, reduzindo comportamentos de risco e adotando comportamentos saudáveis; uma participação da sociedade em geral, através da redução de ambientes pouco saudáveis e promoção de ambientes saudáveis; uma procura contínua da melhoria da qualidade através de pesquisa e estudos científicos devendo estes serem apoiados e implementados; um sistema de saúde centrado nas pessoas, sendo os profissionais agentes de mudança e melhoria, estes devem deter espírito de equipa e lideranças reforçadas a todos os níveis. Por último, não podemos esquecer a sustentabilidade financeira, pois o principal custo na área da saúde resulta das doenças crónicas de longa duração e da morbilidade a elas associadas, devendo por isso ser desenvolvidos novos mecanismos financeiros e novos modelos de cuidados de saúde de modo a que o desperdício seja reduzido ao mínimo (WHO, 2013).

Para a prestação de cuidados com qualidade o PNS (2015) recomenda: a) a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade ocorra quer a nível central, quer a nível regional e local; b) a vigilância e a publicação dos resultados relativamente à prestação dos cuidados de saúde face ao volume de cuidados; c) o financiamento das instituições e a avaliação dos profissionais de saúde seja consoante a avaliação da qualidade; d) o aumento da confiança dos cidadãos através da certificação da qualidade na prestação dos cuidados nas instituições de saúde; e) a implementação de medidas que visam a prescrição racional do medicamento, a equidade dos cuidados e a qualidade nos rastreios na comunidade.

Para a promoção da qualidade é necessário a criação de ciclos de melhoria contínua, que pode ser efetivada não só através da identificação de problemas, da estipulação de oportunidades de melhoria e da implementação de medidas que visam a sua resolução,

mas também através da monitorização, *benchmarking*, da avaliação externa das Instituições e sua acreditação. E por último, a promoção da cadeia de valor em saúde, que demonstre que o investimento efetuado trouxe resultados e ganhos para a saúde (PNS, 2011).



## 2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança é uma dimensão da qualidade, tendo esta um especial papel nos cuidados de saúde, uma vez que tem grandes implicações quer nos custos económicos e sociais das organizações, quer no grau de confiança nos profissionais de saúde e instituições, como também pode ter implicações nos resultados esperados (Sousa, 2006a).

Fragata (2012) complementa referindo que “qualidade e segurança andam, assim, de mão dada, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menos custos” (p.19).

Deste modo, a OMS como referido por DGS (2013a) define cultura de segurança como sendo “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde” (p.2).

O tema segurança do doente pode à primeira vista parecer um conceito bem definido e de fácil identificação e resolução. Pelo contrário, é um conceito multidimensional devido às suas particularidades, nomeadamente por envolver as organizações de saúde que são complexas, a sensibilidade que o tema desperta nas pessoas e profissionais, e também devido ao facto de o erro estar associado a um conjunto de situações (Sousa, 2006b).

Assim, a segurança do doente pode ser de difícil abordagem devido à elevada complexidade e ao carácter multifatorial que está associado aos cuidados de saúde. Isto porque, as organizações têm que prestar cuidados a todos os doentes de igual forma, sob os princípios de universalidade e equidade. Para além disso, os cuidados de saúde exigem que as instituições possuam uma vasta complexidade tecnológica com um desenvolvimento científico rápido, necessitando assim que os profissionais de saúde tenham uma formação vasta e com diferentes especializações. No entanto, as pessoas que procuram as organizações de saúde são essencialmente pessoas fragilizadas com a doença, muitas das vezes com fracos conhecimentos acerca da doença mas por outro lado com altas expectativas dos resultados (Fragata, 2010; Sousa, 2006a).

No documento “*Seven steps to patient safety. The full reference guide*” desenvolvido pelo National Patient Safety Agency (NPSA) caracterizam a existência de sete passos para a promoção de uma cultura de segurança nomeadamente, 1- *Build a safety culture*, através da criação de uma cultura de partilha justa; 2 – *Lead and support your staff*,

tendo que as instituições estabelecer metas claras e implementáveis na área da segurança do doente; 3 – *Integrate your risk management activity*, através do desenvolvimento de meios a fim de garantir uma gestão e identificação dos riscos e a implementação de medidas para as corrigir; 4 – *Promote reporting*, através de assegurar uma cultura de notificação por parte dos profissionais quer localmente como a nível nacional; 5 – *Involve and communicate with patient and the public*, através do desenvolvimento de competências comunicacionais dos profissionais com os doentes e entre si; 6 – *Learn and share safety lessons*, através do desenvolvimento de ações de formação na análise das causas dos erros a fim de compreender e evitar que voltem a ocorrer; e, por último, 7 – *Implement solutions to prevent harm*, implementando ações de formação para a mudança de processos e/ou da prática (NHS, 2004).

Para instituir a cultura de segurança numa organização, passa por implementar medidas, consolidar conhecimentos, esclarecer dúvidas e direcionar no sentido da melhoria contínua, sendo que se pode efetuar práticas mais seguras através da criação de uma cultura de aprendizagem e partilha onde os profissionais se sintam capazes de falar e agir em prol da segurança do doente e os gestores/líderes através da valorização da cultura de segurança (Vogus, Stuccliffe & Weick, 2010).

Deste modo, Campos et al. (2010) definem que os fatores que interferem com a segurança do doente e a qualidade na saúde são os fatores humanos, organizacionais e o acaso.

Como fatores humanos individuais do profissional considera-se a sua experiência profissional, os conhecimentos adquiridos, a sua capacidade de ser liderado e/ou liderar, a comunicação, a capacidade de trabalhar em equipa, entre outros. Claro que nas organizações de saúde, a maioria das vezes os cuidados são prestados após uma sequência de decisões da equipa multidisciplinar. O conhecimento em saúde está em constante mutação exigindo dos profissionais uma rápida capacidade de adaptação e a necessidade de se irem integrando nas evidências científicas. Deste modo, verifica-se o aparecimento de “superespecialistas”, com um vasto conhecimento sobre determinada área mas incapaz de ter uma visão global do doente, o que promoverá a ocorrência do erro e assim por em causa a segurança do doente (Campos et al., 2010).

Assim, o trabalho em equipa é essencial no seio dos cuidados de saúde a fim de todos os profissionais de saúde possuírem as mesmas metas e objetivos, utilizando uma metodologia semelhante e tendo em conta cada especificidade de cada profissão, todos os profissionais tenham noção do que foi feito e do que falta fazer, assegurando assim uma correta monitorização dos cuidados a fim de precocemente se detetar possíveis

erros e deste modo evitar os eventos adversos (Campos et al., 2010). Desta forma, deve-se também promover ações de formação com o intuito de garantir que os profissionais possuam os conhecimentos mais atualizados possíveis, pois 60 a 70% dos erros devem-se aos fatores humanos (Campos et al., 2010; Fragata, 2012).

Se o trabalho em equipa é fundamental para o sucesso da segurança do doente então a comunicação é uma peça indispensável. Desta maneira, a comunicação tem um papel preponderante para o sucesso da segurança do doente. Sem esta, segundo estudos realizados pela *Joint Commission International (JCI) Center for Patient Safety* e realçados no *The Global Patient Safety Challenge*, pode haver falhas na comunicação intra e inter equipas o que provocará diminuição da qualidade dos cuidados. É importante quer a comunicação entre profissionais/doente como também entre os próprios profissionais (Santos et al., 2010).

Deste modo, a comunicação entre profissional/doente torna-se problemática quando não se estabelece uma boa relação entre estes. Isto pode ocorrer pela utilização de questões fechadas, não permitindo assim ao doente transmitir os seus problemas ou quando o profissional duvida da informação dada pelo doente. Outro motivo passa pela utilização de terminologia científica que pode levar o doente a sentir-se pouco à vontade por não compreender ou então confundi-lo (Santos et al., 2010). Assim, é importante assegurarmo-nos que estamos num meio que permita o doente expor os seus problemas, através de uma escuta ativa, perguntas abertas, entre outros meios.

Já na comunicação entre profissionais estamos perante dois momentos específicos, as passagens de turno e as transferências. Os doentes em meio hospitalar estão acompanhados por profissionais de saúde 24h/dia, assim a comunicação é essencial para a articulação entre os diferentes profissionais (JCI, 2007; Santos et al., 2010).

A comunicação deve basear-se em cinco princípios como serem completos, ou seja, a informação transmitida deve ser capaz de dar resposta a todas as dúvidas dos profissionais; concisa, devendo, a informação transmitida ser apenas a pertinente para aquele momento não havendo repetições ou informações desnecessárias; concreta, usando um vocabulário que não leve as segundas interpretações ou a informações dúbias; clara, de modo a ser facilmente perceptível e por último ser precisa, sendo a linguagem utilizada apropriada para a ocasião (Santos et al., 2010).

Desta maneira, a comunicação nas transições, comumente referido como *handover* refere-se a um processo de passagem de informação que tem como principal objetivo a continuidade e qualidade dos cuidados (JCI, 2007). Esta comunicação pode ocorrer de um profissional para outro, de uma equipa para outra, dentro da mesma instituição ou

entre instituições. A principal informação transmitida é o estado atual do doente, a evolução deste, o tratamento efetuado e possíveis alterações ou efeitos secundários (JCI, 2007).

Para uma comunicação eficaz, as estratégias que promovem a sua melhoria passa por a não utilização de palavras subjetivas, o tempo utilizado na transmissão de informação deve ser sem interrupções e em tempo útil, sendo transmitido somente a informação pertinente (JCI, 2007). Já Santos et al. (2010) acrescenta que competências e conhecimentos na área comunicacional pode ter grande impacto assim como se houver tempo limitado para o *handover* muitas vezes não permitirá o *feedback* da informação recebida.

Por outro lado, Victorian Quality Council (2010) identifica como principais fatores que contribuem para os erros de comunicação o cansaço dos profissionais, interrupções, mudanças de turno, baixa dotação de profissionais, entre outros fatores.

Segundo a norma n.º 001/2017, defende que a transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados de saúde devem utilizar a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, B - antecedentes, Avaliação e Recomendações). A identificação refere-se à identificação dos profissionais envolvidos na transferência de informação assim como o doente em causa. A situação atual diz respeito ao motivo pelo que o doente recorre aos serviços de saúde. Os antecedentes, tem está relacionado com o histórico clínico do doente. Com a avaliação pretende-se que se transmita dados como o estado doente, terapêutica instituída, e a evolução do doente. E, por último, as recomendações prendem-se com o plano terapêutico e a descrição das atitudes (DGS, 2017).

Sammer, Lykens, Singh, Mains e Lackan (2010) defende a existência de sete subculturas da segurança do doente nomeadamente a liderança, o trabalho em equipa, o trabalho baseado na evidência, a comunicação, a aprendizagem, a justiça e os cuidados centrados no doente. Já Fragata (2012) refere que para a promoção da cultura de segurança do doente é necessário, comunicação, supervisão, colaboração em equipa, coordenação e liderança. Segundo o mesmo autor, a avaliação das equipas estão associadas à tríade *input/process/output*, onde o *input* remete-nos para as características dos membros da equipa e o contexto onde trabalham, os *process* estão relacionados com os métodos de trabalho, de interação entre os profissionais e a sua capacidade de trabalharem em equipa. E, por último, os *outputs* está relacionado com a eficácia, eficiência, satisfação e nível de segurança.

Deste modo, a nível dos *inputs*, cabe ao líder possuir competências nas áreas de gestão e liderança. A nível dos *process*, o líder deve ser um participante ativo da equipa, motivando os profissionais através do exemplo, sendo também um elemento influenciável pelos restantes membros contribuindo assim para melhor *outputs*. O papel do líder nos *outputs* passa por melhorar a satisfação e a efetividade no seio da equipa. Na área da saúde, há uma certa dificuldade em destacar a liderança uma vez que as equipas de saúde possuem muitos estratos profissionais e diferentes níveis hierárquicos (Fragata, 2012).

Cabe ao líder ter um conjunto de competências, para além do conhecimento acerca dos métodos de trabalho, como uma boa capacidade de análise e controlo, através da visão e planeamento das metas/resultados pretendidos, capacidade para estabelecer uma boa comunicação com os elementos da equipa e quando necessário, uma boa capacidade para reformulação de processos. Tendo assim o líder “a responsabilidade de promover uma nova cultura organizacional em torno da segurança” (Fragata, 2012, p.80).

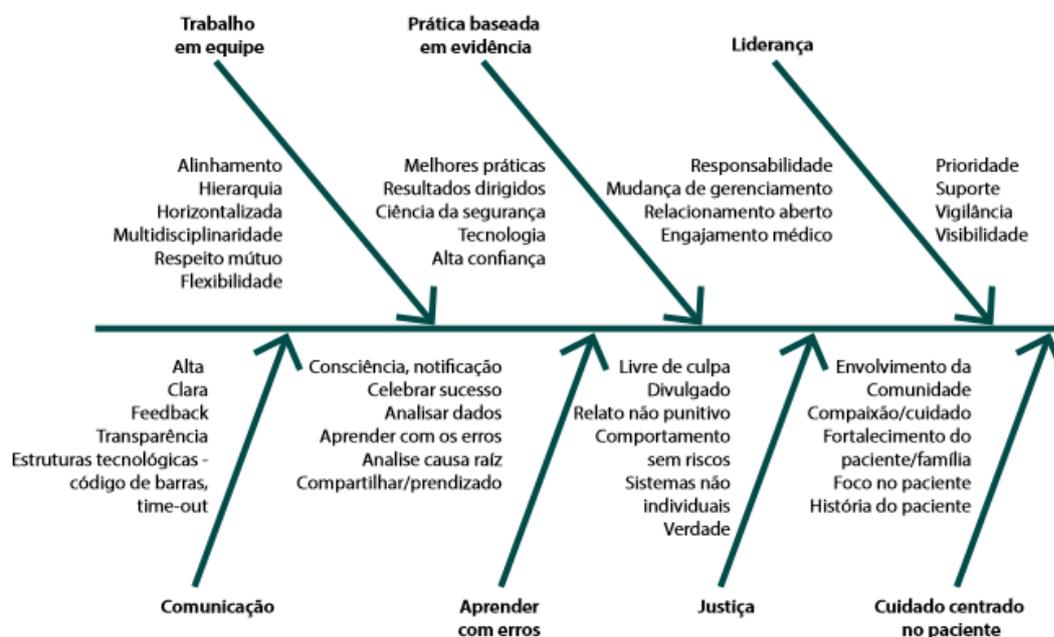
No que concerne ao trabalho em equipa, Fragata (2012) corrobora estes dados referindo que “é uma necessidade inegável e as vantagens do trabalho em equipa são múltiplas, não só pelo nível de prestação atingido como, sobretudo, pela maior segurança que gera” (p.32).

Quanto à prática baseada na evidência, está demonstrado que as instituições de saúde que possuem *guidelines*, normas, protocolos, procedimentos, listas de verificação, entre outros, tem uma cultura de segurança mais forte (Sammer et al., 2010).

A cultura de aprendizagem é também uma mais-valia para a implementação da cultura de segurança numa organização de saúde pois promove o conhecimento através do erro, implementando medidas mais concretas de modo a diminuir os incidentes (Sammer et al., 2010).

Os cuidados centrados no doente são também associados à cultura de segurança pois permite que o doente seja um participante ativo do seu plano de cuidados, mobilizando-o assim para uma melhor adesão terapêutica (Sammer et al., 2010).

Quanto à justiça, prende-se com o sistema de notificação do erro que deve ser não punitiva e ao mesmo tempo a implementação de uma cultura justa (Sammer et al., 2010).



**Figura 1** - Cultura de Segurança do doente Hospitalizado (Anvisa, 2013, p. 50)

Indo de encontro ao referido anteriormente, Reason como referido por Fragata (2012) refere que a cultura de segurança assenta em três premissas que são, uma cultura de aprendizagem em torno do erro, uma cultura de notificação do erro e uma cultura justa ou não punitiva.

Assim, para o sucesso da cultura de segurança é fundamental uma boa capacidade de comunicação como garantia da qualidade com que esta é transmitida, a existência de profissionais competentes e motivados, prestando cuidados segundo normas e procedimentos de modo a prestar os melhores cuidados possíveis (Carneiro, 2010).

Complementando a ideia anterior, para a qualidade dos cuidados de saúde é essencial que a qualidade da transmissão da informação baseie-se numa comunicação eficaz entre a equipa e entre equipas, sendo momentos de grande importância e muito recorrentes, devendo assim esta comunicação ser atempada e precisa. Ao mesmo tempo os profissionais devem ter competências nesta área de modo a saber como, quando e o que dizer nessas transições. Com estas medidas pretende-se aumentar a qualidade dos cuidados e ao mesmo tempo diminuir a incidência de eventos adversos uma vez que se sabe que as falhas de comunicação são uma das principais causas dos eventos adversos, sendo 70% eventos ocorridos aquando a transmissão de informação (DGS, 2017).

Por outro lado, os fatores organizacionais são também de uma grande importância para a segurança do doente e consequentemente para a qualidade em saúde, uma vez que

cerca de 20% a 30% dos fatores organizacionais são causadores de erros. Os fatores organizacionais prendem-se com a uniformização dos equipamentos existentes, standardização dos vários carros quer de emergência como os de anestesia nos blocos operatórios, diferenciação das embalagens dos fármacos, organização do material e medicamentos de modo a que se rentabilizem os recursos e diminuam a incidências do erro (Fragata, 2012).

E por último, o acaso ou incertezas inexplicáveis são fatores que têm pouco impacto na ocorrência do erro podendo ser subjetivas ou objetivas. As incertezas subjetivas são “aquela em que existe uma incerteza de natureza moral, não sendo possível aplicar à situação presente uma norma específica” (Fragata, 2012, p.68). Já as incertezas objetivas traduzem-se em falhas no conhecimento dos profissionais uma vez que não há normas definidas ou o conhecimento científico não soube dar resposta (Campos et al., 2010).

Singer, Gaba, Geppert, Sinaiko, Howard e Park (2003) consideram a existência de sete características comuns nas organizações que têm uma forte cultura de segurança nomeadamente a existência da dotação correta de profissionais em que estes trabalham partilhando sob todos os níveis da organização os mesmos valores, crenças e normas de comportamento, tendo sempre como prioridade a segurança do doente e nunca os níveis de produção. Para além disso, a existência de uma cultura de transparência, com uma comunicação aberta entre todos os profissionais de modo a que estes partilhem a informação e notificação dos erros e incidentes sob o lema da cultura de aprendizagem e nunca de punição.

Desta forma, segundo Provonost como referido por Lage e Sousa (2013), a implementação de uma cultura de segurança e qualidade passa por três desafios, nomeadamente a questão da multidisciplinaridade sendo necessário ter em atenção o tipo de serviço, políticas e procedimentos instituídos, métodos de trabalho, o papel dos doentes e problemas identificados. O outro desafio passa pelo estudo dos incidentes através de métodos pouco habituais e, por último, a inexistência de medidas padronizadas para a monitorização do impacto dos incidentes.

Desta maneira, há que haver “a mudança do paradigma, da forma como as questões de qualidade em saúde e segurança do doente deve ser encarada, de uma lógica de mais despesa, para uma visão de investimento, representa uma abordagem inovadora em saúde” (Lage & Sousa, 2013, p 27).

A importância da avaliação da cultura de segurança passa por conhecer a realidade das instituições e permitir mudanças no comportamento quer dos profissionais como das

instituições hospitalares de modo a obter os melhores níveis de qualidade e segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2015).

Em 2005 foi criada a comissão *Joint Commission International Center for Patient Safety* que tem como missão reconhecer os problemas relacionados com a segurança do doente tal como potenciais soluções através da discussão com profissionais de saúde na prestação de cuidados (Santos et al., 2010).

Segundo o estudo desenvolvido pela IOM dos EUA em 2000 com o título "*To Err is Human*", estimava-se que por ano entre 44000 a 98000 pessoas morriam devido a erros dos cuidados de saúde que eram evitáveis (IOM, 2000).

Em 2010, estimava-se que entre cada 100 pessoas internadas, 10 estariam sujeitas a erros sendo que 2/3 destes doentes não teriam dano. Os serviços mais propensos ao erro eram os serviços com muita tecnologia como os blocos operatórios e os serviços de medicina intensiva (Fragata, 2010).

Para a implementação e monitorização de medidas que visam a qualidade e segurança dos cuidados torna-se necessário a existência de instrumentos capazes de medirem a cultura de segurança do doente hospitalizado.

No ano de 2011 foi implementado em 3 instituições Portuguesas o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da AHRQ, um dos questionários referenciado no projeto europeu *European Network for Patient Safety*, a fim de avaliar as 12 dimensões da cultura de segurança do doente. Neste estudo desenvolvido pela DGS em 2011 verificou-se que as dimensões que são oportunidade de melhoria são a "resposta ao erro não punitiva", a "frequência de notificações de eventos", a "dotação de profissionais", o "apoio à segurança do doente pela gestão", o "trabalho entre unidades", a "abertura na comunicação", o "feedback e comunicação acerca do erro", as "perceções gerais sobre a segurança do doente" e "transições" (DGS, 2011a).

De forma a monitorizar a realidade portuguesa quanto à cultura de segurança do doente hospitalizado, através da norma 025/2013, a DGS deliberou que este questionário fosse aplicado de 2 em 2 anos nas instituições hospitalares (DGS, 2013a). Com este tipo de estudo torna-se assim possível conhecer a cultura de segurança de uma instituição e identificar áreas de melhoria, monitorizar o impacto das medidas implementadas ao longo do tempo, contribuir também para os processos de certificação e acreditação das instituições no âmbito da qualidade e segurança do doente, indo de encontro ao preconizado pelas recomendações da União Europeia, facilitando assim a implementação de projetos na área da segurança do doente e também confrontar outras fontes de dados sobre a segurança do doente e qualidade na saúde (Despacho n.º

1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015). Para além disso, permite também efetuar-se *benchmarking*, uma vez que este questionário se encontra traduzido e validado para português e mais 23 línguas, sendo atualmente utilizado em 41 países (DGS, 2013a).

No plano nacional para segurança do doente 2015-2020, a no objetivo estratégico “aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”, estabeleceu-se como meta para o final de 2020 que a taxa de adesão dos profissionais na avaliação da cultura de segurança seja igual ou superior a 90% uma vez que em 2015 somente 18,3% dos profissionais responderam ao questionário. Para além disso, estabeleceu-se também como meta que a média nacional de todas as dimensões seja igual ou superior a 50%, uma vez que em 2015 verificou-se que 5 das 12 dimensões se encontram ainda abaixo dos 50% nomeadamente a resposta ao erro não punitiva, dotação de profissionais, frequência de notificação de eventos, trabalho entre unidades e apoio à segurança do doente pela gestão (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015; DGS, 2015).

Uma cultura de segurança eficaz passa pela distinção entre o erro deliberado e o erro acidental e a existência de uma política de notificação dos eventos com posterior análise, discussão e transmissão dos dados obtidos. Assim com a transmissão dessa informação e por, último, com a existência de uma cultura de aprendizagem, ou seja, aprender com os erros, promover-se-á a implementação de medidas que o diminuam o erro (WHO, 2008).

A OMS e o conselho da União Europeia recomendam a existência de formação graduada, pós-graduada e contínua na área da cultura de segurança (Jornal Oficial da União Europeia, 2009).

Os enfermeiros são das classes profissionais que mais tempo passam junto dos doentes, sendo muitas vezes o profissional que lhes presta cuidados diretos. Deste modo, é uma classe com bastante enfoque na qualidade dos cuidados e na segurança do doente. De tal forma, que no regulamento das competências dos enfermeiros elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) refere que o enfermeiro deve desenvolver uma prática de cuidados com responsabilidade, referindo mesmo que o exercício profissional deve ser seguro, com competência através do conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas. Assim como, cabe ao enfermeiro, promover um ambiente seguro com a avaliação de potenciais riscos, através de uma correta administração de terapêutica, de medidas que promovam o controlo de infeção e “estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” (OE, 2011, p.19).

Em consonância, Fernandes e Queirós (2011), reforçam a ideia que, o enfermeiro, tendo por base o Código Deontológico, deve implementar medidas que visem a segurança do doente e avaliar, através dos meios à sua disposição se a qualidade dos cuidados são alcançados, pois desta forma, o modo como os enfermeiros planeiam, executam e avaliam têm um papel primordial na cultura de segurança do doente.

Para além disso, em 2001, a OE redigiu o documento – Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com o objetivo de refletir, numa perspetiva de melhoria contínua de cuidados, o exercício profissional dos enfermeiros definindo que o enfermeiro deve promover

a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...), a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; (...) a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade. (OE, 2001, p.18)

O problema da segurança do doente nos cuidados de saúde é um problema transversal a Portugal, sendo um problema mundial. Assim, a segurança do doente será um êxito se investirmos nela, incentivando os profissionais de saúde à alteração dos hábitos como a lavagem das mãos, a comunicação, a mudança de mentalidade do trabalho individual para o trabalho em equipa, a adesão aos protocolos e *check-list*, entre outros. Para além disso, devemos abandonar a cultura de culpabilização e adotar a de aprendizagem, tendo ao mesmo tempo o incentivo à notificação, com tolerância zero para a negligência ou violação das regras, uma prestação de cuidados centrado no doente e não no profissional em si, trabalhando assim como um equipa. A liderança é fundamental no seio da equipa, tendo um papel como orientador e facilitador e nunca como ditador (Carneiro, 2010; Fragata, 2012).

Resumindo, a cultura de segurança baseia-se, segundo Fragata (2012), essencialmente em

valores partilhados sobre segurança, em todo o hospital; antecipação de eventos (controlo de risco); cultura de não infabilidade; cultura de reportar eventos; cultura de aprender as trajetórias de erro; cultura de *no blame* (responsabilização sem culpa); cultura *just (accountability e no blame)* – desculpar erros mas punir as violações; cultura de equipa – atuação e treino em equipa – *team work* e cultura de aprendizagem e de melhoria continuada (incremental). (p.57)

## 2.1. SEGURANÇA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Em maio de 2002 foi aprovada a resolução World Health Alliance (WHA) 55.18 em que foram alertados os estados membros sobre a importância da segurança do doente e incentivado para a aplicação de medidas para a segurança do doente. A OMS, em 2004, face ao impacto que o tema teve, criou várias organizações internacionais como a *World Alliance for Patient Safety*, que teve como principais objetivos a definição de conceitos como a segurança do doente e a criação de medidas que promovem a segurança dos cuidados e a diminuição dos eventos adversos (Ministério da Saúde, Comissão Oswaldo & Anvisa, 2014; WHO, 2004).

Em 2005, a OMS designou a JCI como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”, tendo a JCI estabelecido seis metas internacionais para a segurança do doente, a fim de promover a implementação de medidas na prestação de cuidados em áreas consideradas problemáticas, em todas as organizações acreditadas ou em processo de acreditação a partir de 2011. As metas estabelecidas foram, a identificação correta dos doentes, melhorar os processos de comunicação entre os profissionais de saúde, implementar medidas que promovam a segurança da medicação de alto risco, assegurar a cirurgia segura, reduzir o risco de infeção associado aos cuidados de saúde e reduzir o risco de queda (JCI, 2010).

Deste modo, a fim de uniformizar os conceitos de todos os estados membros para se poder implementar medidas e monitorizar a sua eficácia, a OMS desenvolveu a *International Classification for Patient Safety* (ICPS). A DGS, em 2011 criou um grupo de trabalho que desenvolveu o relatório técnico com o nome Estrutura Concetual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, este desenvolveu 48 conceitos-chaves de modo a permitir uma fácil compreensão sobre esta temática entre os vários países (DGS, 2011b; DGS, 2012).

Várias foram as campanhas adotadas pela OMS de modo a diminuir os eventos adversos e conseqüentemente melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente, como a campanha da higienização das mãos, com o objetivo de reduzir a infeção, a criação da *chek-list* cirúrgica a fim de promover a cirurgia segura. Outras medidas foram implementadas como a identificação do doente, a segurança comunicacional, a segurança transfusional, a segurança medicamentosa, entre outras.

Em 2009, o Conselho da União Europeia, através da recomendação 2009/C151/01 relativamente à segurança do doente, aconselham aos estados membros ao desenvolvimento de políticas e programas nacionais relativamente à questão da segurança assim como a criação de autoridades que monitorizem esta temática, a fim

de implementar, avaliar e monitorizar o sucesso ou não das medidas aplicadas. Os estados membros também devem tornar os cidadãos responsáveis através de os informar sobre as normas de segurança, a importância do consentimento informado, o seu procedimento e a possibilidade de reclamação. Os estados membros devem providenciar um sistema de notificação anónimo e não recriminatório dos eventos adversos. Devem também promover ações de formação para os profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente e gestão do risco, assim como avaliar e classificar a segurança dos doentes sendo essa informação partilhada entre as diversas organizações e o governo como também às instâncias europeias. E, por último, é importante promover condições para o desenvolvimento de investigação no domínio da segurança do doente (Jornal Oficial da União Europeia, 2009).

O Departamento da Qualidade na Saúde tem como objetivos a prestação de cuidados mais seguros de modo a conciliar as necessidades da população portuguesa e no contexto europeu, tendo em conta uma prestação de cuidados baseados em evidências científicas não esquecendo que Portugal se encontra inserido na Comunidade Europeia exigindo assim cuidados transfronteiriços. Assim, é exigido aos profissionais de saúde uma constante atualização dos conhecimentos face às mais recentes evidências científicas e tecnológicas. Deste modo, o Departamento da Qualidade na Saúde, através do despacho nº 14223/2009, de forma a responder aos critérios de qualidade definidos, tem como algumas ações a divulgação de normas de orientação clínica para que os profissionais as implementem nos cuidados, a criação de um sistema de notificação, a criação de indicadores com o objetivo de monitorizar a qualidade em saúde, a adoção de um sistema de acreditação e monitorizar as infeções associadas aos cuidados de saúde (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de Junho do Ministério da Saúde, 2009).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, criada em 2009 através do despacho nº 14223/2009, sob a alçada do Departamento da Qualidade na Saúde, refere que para a excelência dos cuidados de saúde torna-se necessário fazer exigências aos profissionais que prestam esses cuidados. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde tem sete prioridades, sendo uma delas a segurança do doente. Com esta estratégia pretende-se a

melhoria clínica e organizacional, a informação transparente ao cidadão, a segurança do doente, a qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, a gestão integrada da doença e a inovação, bem como a avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores dos serviços

de saúde. (Despacho n.º 3635/2013 de 7 de Março do Ministério da Saúde, 2013, p.8529)

Tendo em conta os resultados alcançados com a Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde 2009-2014, as recomendações da OECD e do relatório da Fundação Calouste Gulbenkian “Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel”, através do despacho n.º 5613/2015, foi elaborado a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Esta tem como principais focos de atenção os projetos “Cirurgia Segura salva Vidas”, “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”, a elaboração de um projeto a nível nacional que englobe o controlo de infeção e a resistência aos antibióticos, a elaboração de normas quanto à identificação dos doentes e sua contenção química ou física e incentivar os processos de acreditação das instituições (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde, 2015).

Assim, com esta estratégia pretende-se reforçar a equidade dos cuidados e promover as medidas de melhoria contínua das instituições, uma vez que está cientificamente demonstrado que as organizações que não implementem medidas de melhoria da qualidade tem um risco 10 vezes superior de ocorrência de incidentes (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde, 2015).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, através do despacho n.º 1400-A/2015, tem como principais pressupostos que a qualidade em saúde é operacionalizada em cinco dimensões como a pertinência dos cuidados, segurança, aceitabilidade, acessibilidade e a sua prestação no momento certo. Pressupõe também que os serviços de saúde são complexos requerendo uma boa capacidade de adaptação às patologias, avanços tecnológicos e terapêuticos, obrigando por isso os gestores a terem uma gestão atenta e inovadora. Defende também que a taxa de incidência dos incidentes é baixa mas não deixa de ser preocupante quer para o doente, profissionais e Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015).

Assim, o PNS tem como foco de atenção a partilha de conhecimentos, melhorar a prestação segura de cuidados, identificar as medidas preventivas já aplicadas, efetuar a avaliação das mesmas e apoiar na criação de metas que melhorem a gestão de risco associada aos cuidados de saúde. Deste modo, identificou como objetivos estratégicos o aumento da cultura de segurança do ambiente interno, através de medidas como o incentivo à formação sobre segurança do doente; o aumento da segurança da comunicação, havendo a criação de normas para uma comunicação precisa e atempada; aumentar a segurança cirúrgica, recorrendo a medidas como a identificação

correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico; aumentar a segurança na utilização da medicação através de estratégias como o uso seguro do medicamento de alto risco; assegurar a identificação inequívoca dos doentes, usando dados considerados fidedignos como o nome do doente, data de nascimento e número do processo clínico da instituição; prevenir a ocorrência de quedas, adotando medidas como a avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão implementando estratégias como identificação de fatores de risco e a avaliação periódica da pele; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes usando medidas como o aumento de iniciativas para a promoção do sistema de notificação, implementação de normas corretoras e dar *feedback* ao notificador da análise da notificação efetuada e por último, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antibióticos, utilizando estratégias como redução do uso do antibiótico assim como a duração da terapêutica (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015).

Verifica-se que as instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram medidas para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados, uma vez que em 2016 obteve-se um aumento de 32% de estratégias a fim de lidar com a medicação com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante, assim como 60% das instituições possuem medidas nos medicamentos de alerta máximo. Na área da identificação dos doentes, ocorreu um aumento de 49% de medidas para a correta identificação dos doentes, como também houve um aumento de 23% de estratégias a fim de prevenir a queda e um aumento de 19,4% para a prevenção das úlceras de pressão (DQS & DGS, 2016).

As instituições cada vez mais consideram o cidadão como um elemento ativo das equipas de saúde, uma vez que, 85% efetuaram iniciativas de informação sobre a segurança do doente, sendo que, 50% das instituições desenvolveram ações de formação com a participação dos utentes (DQS & DGS, 2016).

Para além disso, no ano de 2016 foram instituídas e atualizadas 97 normas clínicas e 12 normas organizacionais havendo assim um aumento de 17,4% de normas discutidas no seio das instituições prestadoras de saúde. Para aumentar a qualidade dos cuidados não basta somente a criação de normas sendo também necessário a sua aplicação nos cuidados. Deste modo, torna-se importante a implementação de medidas como auditorias que permitam regular se as normas são ou não aplicadas, sendo que em 2016 foram efetuadas 876 auditorias internas sobre a segurança do doente. Outra das medidas passa pela acreditação dos serviços, verificando-se em Portugal que no final

de 2016 existiam 163 serviços com processos de certificação em curso e 67 já acreditadas (DQS & DGS, 2016).

Assim, é um fenómeno complexo a promoção da cultura de segurança e para isso há que reconhecer o seu impacto e importância nas instituições, para uma maior adesão dos profissionais e o sucesso dos projetos de melhoria contínua. Para isso há que iniciar-se pela avaliação da cultura de segurança para conhecer a realidade das instituições nomeadamente as áreas problemáticas antes de implementar medidas para a redução do erro (Harada & Pedreira, 2013).



### **3. A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DOS EVENTOS ADVERSOS**

Os enfermeiros são a classe profissional que passam mais tempo junto dos doentes, estando em maior número nas organizações hospitalares (Fernandes & Queirós, 2011). Deste modo, para a existência de uma cultura de segurança nas instituições é fundamental que os enfermeiros possuam um conjunto de conhecimentos científicos e competências técnicas que permitam prevenir, detetar e corrigir possíveis focos de eventos, visto que os enfermeiros participam em determinados processos de tomada de decisão como também na execução de cuidados autónomos e interdependentes.

Por conseguinte, cabe aos enfermeiros promoverem as práticas de cuidados de enfermagem em ambiente seguro assim como assegurarem que a realização dos mesmos decorre em segurança e assim garantir a qualidade na saúde (OE, 2011).

Indo ao encontro ao referido anteriormente, Castilho, Parreira e Martins (2016) defendem que

embora se assuma a segurança dos cuidados como uma responsabilidade multiprofissional, reconhece-se que a profissão de enfermagem desempenha um papel chave no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, uma vez que os enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, cuidam do doente durante as 24 horas, asseguram a continuidade dos cuidados durante o internamento, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente. (p. 607)

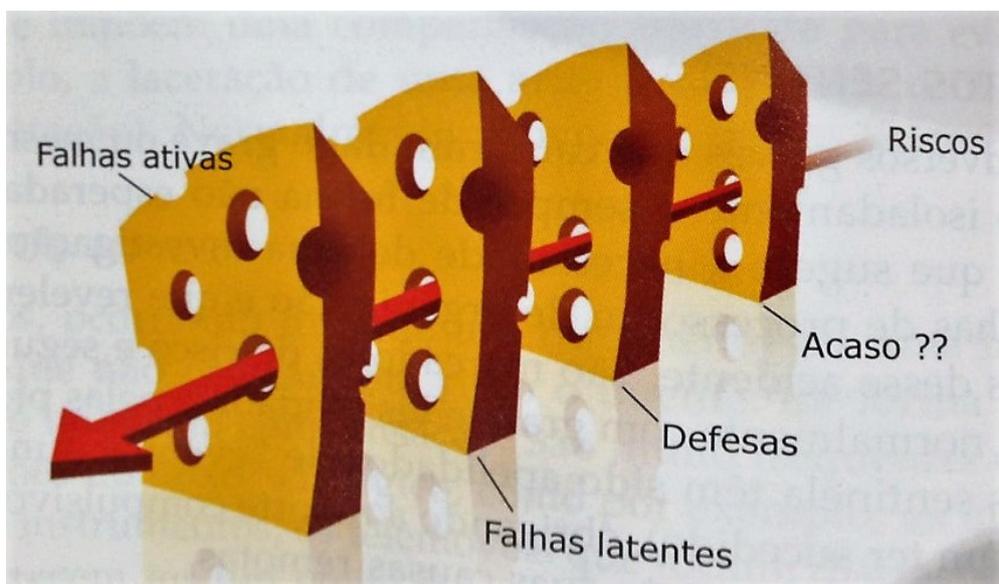
O erro tem sido amplamente estudado ao longo destes anos sendo a teoria do queijo suíço de James Reason, que mais se tem destacado neste âmbito. Segundo Reason (2000) os erros podem ser ativos ou latentes, sendo os erros ativos provocados por quem está em contato com os utentes e os erros latentes associados a quem está mais na gestão das organizações de saúde. O modelo do queijo suíço define que cada camada de queijo simboliza uma possível barreira, que pode ser um profissional, as condições no serviço, a existência de protocolos, entre outros. E que, quando as camadas estão alinhadas de forma a provocar um buraco (como existem no queijo suíço), ou seja, não existe uma barreira entre elas é quando o erro acontece (Reason, 2000). Sousa (2006a) complementa a ideia referindo que

para a ocorrência de um evento adverso ou dano no doente é necessário o alinhamento de diversos “buracos”, por exemplo, falhas estruturais ou pontuais,

má prática ou descuido por parte dos profissionais de saúde, comportamentos inseguros ou de risco por parte do doente, etc. (p. 163)

Se bem que há, ainda, uma crença generalizada nas instituições e sociedade em geral de que os erros só acontecem aos profissionais incompetentes ou que os erros acontecem porque houve falta de atenção do profissional embora seja do conhecimento público que o erro está inerente à condição humana (Reason, 2000).

Deste modo, uma vez que não se consegue eliminar o erro dado que é inerente à condição humana e porque as instituições tem falhas que não se conseguem colmatar, torna-se necessário, para mitigar o erro, a criação de um conjunto de mecanismos que contribuam para a diminuição destes fatores, quer falhas humanas como do sistema, nomeadamente através da elaboração de procedimentos, normas, *check-list*, entre outros (Reason, 2000).



**Figura 2** – Modelo do queijo suíço segundo a teoria de James Reason (Fragata, 2012, p.26)

Em 2009, foi criado pela OMS o *Conceptual framework for the international classification for patient safety*, com a finalidade de uniformizar a linguagem e desta forma minimizar a ocorrência de diferentes interpretação dos conceitos. Esta classificação foi traduzida para português em 2011 pela DGS com o título Estrutura Conceptual de Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (DGS, 2011b).

Segundo Carneiro (2010) o erro é definido como sendo um “falhanço de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o planeamento de um determinado fim (erro de planeamento)” (p.5). Já a DGS (2011b) define como sendo “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”

(p.15). Fragata (2012) refere que as definições do erro são as que têm uma conotação negativa embora seja o oposto na cultura japonesa, uma vez que o erro é percebido como uma oportunidade de aprendizagem.

Por sua vez, evento adverso é definido por Carneiro (2010) como “lesão provocada a um doente devido à intervenção médica em si e não à condição clínica subjacente do doente” (p.5), já DGS (2011b) define como sendo “algo que acontece a ou implica um doente” (p. 14) e Fragata (2012) corrobora com esta ideia uma vez que refere que o evento adverso prende-se com a existência de um dano provocado ao doente relacionado com o tratamento e não com a doença.

Neste âmbito encontramos também o conceito de *near miss* que é definido por Carneiro (2010) como sendo um erro que não teve efeito no doente. Fragata (2012) completa esta ideia definindo-a como “uma situação que só não produziu danos porque se verificou uma recuperação ativa, baseada na atuação humana e/ou no sistema da organização, que permitiram recuperar uma trajetória certa de acidente, fazendo abortá-la, sem sequências” (p.24).

A teoria da tríade de Donabedian procura explicar a origem do erro. Segundo Donabedian referido por Sousa (2006b), na tríade está presente a estrutura, o processo e os resultados. A estrutura associada aos profissionais e aos recursos existentes; o processo, que caracteriza as atividades que os profissionais desenvolvem e a resposta que provoca nos utentes. Por último, os resultados, que correspondem aos níveis de saúde dos utentes e à sua satisfação. Nos últimos tempos, com a criação de *guidelines*, normas e de processos de acreditação dos serviços têm-se vindo a intervir na estrutura e nos processos e não tanto nos resultados.

Quando o erro ocorre podemos analisá-lo sob duas vertentes: a vertente humana ou a do sistema. Numa perspetiva humana temos como principais causas do erro, a distração, o esquecimento, a negligência, a desmotivação, o descuido, sendo os profissionais em contato mais próximo com o doente como os médicos e os enfermeiros, os principais causadores. Uma cultura de culpabilização efetivada através de ameaças, processos, entre outros, levam a que os erros sejam encarados como um problema moral. As pessoas sabem quando prestam ou não bons cuidados. Logo, se o erro acontece uma pessoa/grupo devem ser responsabilizados. Neste tipo de perspetiva, ainda muito em voga em determinadas organizações faz com que os profissionais ocultem os erros não havendo assim uma verdadeira noção da frequência e do tipo de erros. Numa perspetiva de sistema, parte-se do pressuposto que errar é humano e os erros acontecem logo, as organizações devem implementar medidas que diminuam a

possibilidade da ocorrência do erro. Assim, quando o erro ocorre o principal não é quem o causou mas sim o porquê do sistema ter falhado (Reason, 2000).

Indo ao encontro ao referido anteriormente, WHO (2008) aponta três motivos pelo qual os eventos adversos não devem ser nunca motivo de culpabilização. Em primeiro lugar são raros os eventos que realmente merecem ser penalizados, em segundo, os principais eventos ocorrem devido a uma multiplicidade de fatores e de forma acidental, e por último, as organizações estão sujeitas a restrições orçamentais.

Deste modo, Reason como referido por Fragata (2010) defende que a existência de uma cultura de segurança é importante para que os erros não estejam associados às pessoas mas sim aos sistemas, promovendo assim uma cultura de notificação dos eventos e ao mesmo tempo uma cultura de aprendizagem com os erros. Deste modo é possível diminuir a incidência destes.

Infelizmente ainda se verifica a culpabilização do profissional quando o erro ocorre. Ora se o profissional já por si se encontra fragilizado, frustrado, com receio pela sua reputação pessoal, entre outros, tem tendência a ocultar o erro num ambiente de culpabilização, o que é grave, pois perde-se uma oportunidade de aprendizagem. Por outro lado, o profissional pode sentir-se mais inseguro na prestação de cuidados (Fragata, 2010). Assim, quando o erro ocorre não existe somente uma vítima mas sim duas, uma vez que quer o doente quer o profissional saem prejudicados pelo evento. Quando ocorre um evento adverso tem de se analisar determinadas questões com rigor e profundidade. Será que foi mesmo um erro? Pois por vezes, os efeitos esperados não são obtidos mas não quer dizer que tenha ocorrido o erro pois, por exemplo, uma medicação pode não ter o efeito pretendido num doente. Por outro lado, será que o erro foi só do profissional ou não terá sido um conjunto de falhas que tenham levado ao erro? E por último, é importante perceber qual foi o agente causador, que pode ser individual, organizacional, ambiental, entre outros. E não menos importante, quando o erro ocorre, a comunicação ao doente/família da sua ocorrência, uma vez que este foi o alvo do incidente. Os familiares e o doente querem saber o que realmente aconteceu, têm direito a um pedido de desculpas e, ainda, saber que medidas foram implementadas para que este evento não ocorra novamente (Fragata, 2010).

Assim, o impacto dos eventos adversos pode ter implicações em três áreas: na instituição, pelo elevado custo inerente aos tratamentos que os danos existentes poderão ter, assim como pela perda de confiança por parte dos doentes/comunidade, nos profissionais que podem perder a motivação, ter receio da punição e da culpabilização, assim como a perda de confiança dos utentes/comunidade e por último,

nos doentes que podem sofrer danos e conseqüentemente a probabilidade de alcançar os resultados previstos ficar comprometida (Sousa, 2006a).

Segundo Sousa (2006a), vários estudos realizados demonstram que as taxas de ocorrência de eventos adversos variam entre 4% a 17%, o que são dados alarmantes, necessitando de uma rápida resposta através de implementação de medidas. Para isso é fundamental identificar as áreas de intervenção, definir prioridades, monitorizar e avaliar as intervenções efetuadas, de modo a saber se são úteis.

No relatório elaborado em 2008 para a Comissão Europeia como referido pelo Jornal Oficial da União Europeia (2009) com o título “melhorar a segurança dos pacientes na União Europeia”, estimam que dos doentes submetidos aos cuidados de saúde nos estados membros, entre 8% a 12% sofram de eventos adversos.

Num estudo europeu realizado em 2010 em 25 países da União Europeia, verificou-se que 78% dos participantes referem que o erro é um problema sério no seu país e que 28% referem que já foram, ou então um familiar direto, foram vítimas de um incidente (Santos et al., 2010).

Segundo Wilson como referido por Santos et al. (2010), num estudo australiano verificou que a principal causa dos eventos adversos se devia à comunicação e que estava por detrás de mais mortes que o própria ineficácia médica. Já Santos et al. (2010) refere que “um conjunto alargado de investigação sobre prevalência do erro nos cuidados de saúde estima que entre 3 a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados” (p. 48).

A taxa de incidência dos eventos adversos nos hospitais rondam entre os 3,7% e os 16,6%, sendo que desses entre 40% a 70% são evitáveis (Sousa et al., 2011).

Verifica-se que os eventos adversos em doentes submetidos a cuidados de saúde em hospitais rondam os 10% a 15%, onde metade tem conseqüências significativas (Sousa et al., 2013). Ainda segundo os mesmos autores, diversos estudos apontam no sentido de que metade a dois terços desses eventos são preveníveis.

Num estudo pioneiro realizado em Portugal por Sousa et al. (2011) verificaram que, por um lado, a taxa de incidência de eventos foi de 11,1%, sendo que na maioria das vezes não ocorreram danos ou ocorreram danos mínimos nos doentes. Por outro lado, nos doentes que estiveram sujeitos aos eventos adversos, para além do impacto no seu bem-estar físico e/ou psicológico, verificou-se que a taxa de internamento aumentou em cerca de 10 dias. Estes fatos tiveram um grande impacto nas instituições, não só pela questão da gestão das taxas de internamento mas também pela questão económica.

Dos eventos adversos identificados verificaram que 53,2% eram eventos evitáveis e apenas só em 0,8% dos processos havia informação escrita referente à comunicação desses eventos ao doente/família.

No estudo de Lima (2011) apurou-se que os enfermeiros poucas vezes efetuam a notificação dos eventos realizando somente quando os eventos são graves e trágicos. Apesar disso, de acordo com a OE (2006) os eventos adversos mais comumente associados aos cuidados de enfermagem prendem-se com os erros de terapêutica, as quedas, as úlceras de pressão, as infecções associadas aos cuidados de saúde, entre outras.

Segundo Duarte, Stipp, Silva e Oliveira (2015) os principais eventos adversos identificados pelos enfermeiros são relativos à medicação, nomeadamente na preparação e horário de administração, relacionado com a vigilância do doente, com a integridade cutânea e com os recursos existentes nas instituições.

Num estudo realizado por Abreu (2013) a fim de identificar os erros reportados pelos enfermeiros, verificou que os mais identificados prendem-se com a inadequada diluição da medicação, seleção errada do medicamento prescrito, erros na colheita de sangue, má colocação do cateter venoso periférico, execução do tratamento da ferida de forma inadequada e enganos na identificação do doente.

Indo ao encontro do exposto anteriormente, Castilho et al. (2016) verificaram que os principais eventos notificados pelos enfermeiros estão relacionados com os erros de medicação, as quedas, entre outros.

A ocorrência do erro está na maioria das vezes associado a um conjunto de fatores, como os momentos de transmissão de informação (transições), a existência de cenários incertos, assim como de equipamentos diversos, entre outros, sendo a ocorrência do erro mais frequente que a dos eventos adversos (Fragata, 2010).

Segundo Ramos e Trindade (2013), as principais causas dos incidentes prendem-se com a comunicação, com os profissionais, com o doente, com o ambiente de trabalho, a tarefa, a gestão e a organização do serviço/instituição. Segundo os mesmos autores, nos últimos tempos verificam-se que as áreas de maior fragilidade neste âmbito são transversais às instituições e prendem-se com a identificação do doente, a comunicação, a medicação, transfusão sanguínea e seus derivados, entre outros.

Na prática dos cuidados de enfermagem, segundo Duarte et al. (2015) as principais causas que levam à ocorrência do erro são a dotação de profissionais deficitárias que leva a uma sobrecarga de trabalho, a falta de liderança e falhas no relacionamento entre

as equipas multidisciplinares. Já Castilho et al. (2016) complementa referindo também como possíveis causas do erro, as falhas na comunicação podendo estas ser escrita e/ou verbal, os momentos de transição quer nas passagens de turno como também nas transferências dos doentes, considerando mesmo estes momentos bastante críticos devido à elevada probabilidade da ocorrência de eventos. Segundo os mesmos autores, as condições físicas dos serviços como salas sem condições, má organização dos recursos existentes, assim como interrupções aquando da execução de determinadas atividades, como por exemplo, a preparação de medicação podem levar à ocorrência de eventos. Outra causa identificada como potenciadora de erro tem a ver com a experiência profissional do enfermeiro, sendo outros motivos identificados como a “...fadiga, stress, falta de atenção, facilitismo, inércia, desmotivação, pouco envolvimento do profissional, entre outros” (Castilho et al., 2016, p. 615).

Segundo a OE (2006) citando o *European Forum of National Nursing and Midwife Associations* e a OMS referem que os enfermeiros tem um papel fulcral para a prevenção dos eventos adversos devendo estes promoverem a formação de uma cultura de responsabilização, aumentando o número de notificações dos eventos, entre outras medidas.

Face ao referido anteriormente, para a existência de uma cultura de segurança é fundamental que sejam salvaguardadas e respeitadas alguns princípios e orientações como seja a dotação correta dos profissionais, qualificados e com conhecimentos científicos na área de prestação de cuidados onde exercem funções, assim como deterem conhecimentos na área da segurança do doente e da gestão de risco (OE, 2006).

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde torna-se fundamental conhecer os eventos adversos, perceber em que medida eles ocorrem para assim ser possível instituir medidas que levem à sua diminuição (Sousa et al., 2011). Deste modo é essencial a existência de uma cultura de notificação de eventos através de uma plataforma anónima e confidencial de modo a permitir que quer profissionais, quer utentes ou familiares possam efetuar esses relatos.

Os dados obtidos através dos sistemas de notificação são tão importantes, que por exemplo, em 2003, aquando a criação do NPSA, a análise dos resultados permitiu a implementação de medidas como protocolos, cursos, normas e procedimentos, de modo a tentar diminuir o erro existente (Lage, 2010).

A notificação dos eventos adversos é imperativo para a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. Assim, a OMS através da recomendação WHA 55.18 defende o desenvolvimento de um sistema de relato sobre a segurança do doente. Em consonância com o Conselho da União Europeia, através da recomendação 2009/C151/01, sugere a criação de sistemas de notificação e aprendizagem não recriminatório sobre os eventos adversos (DGS, 2012; DGS, 2013b).

Em Portugal, no âmbito da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, através do despacho nº 14223/2009, uma das ações a desenvolver é a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de Junho do Ministério da Saúde, 2009, p. 24668).

Para o sucesso dos cuidados de saúde com qualidade e segurança é fundamental a identificação dos incidentes e dos eventos adversos que ocorrem na prestação de cuidados. Assim, a DGS criou um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA). Este sistema pretende, de uma forma anónima, quer o profissional como o utente possam comunicar quer os incidentes como os eventos adversos (DGS, 2014). Em 2014, o SNNIE sofre um processo de reestruturação passando a ser designado por Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA (DGS, 2014).

O sistema NOTIFICA, segundo a DGS (2014), refere que cada instituição é responsável pela análise e gestão dos incidentes ocorridos, sendo que essa análise dos incidentes deve promover medidas corretoras sendo obrigatório ao mesmo tempo uma resposta ao notificador referindo quais as medidas implementadas de modo a diminuir a incidência desse evento.

Segundo a DGS (2016) através do DQS até ao final do 3º trimestre de 2016 já tinham sido efetuados 2627 notificações por parte dos profissionais e 204 notificações feitas por utentes.

Segundo o despacho nº 1400 – A/2015, a causa dos incidentes está muitas vezes associada a defeitos de organização, nível de cultura da organização, coordenação ou de comunicação e raramente é associada à falta de competências técnicas dos profissionais. Estudos demonstram que as instituições que não investem nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde, o risco de acontecer um incidente aumenta 10 vezes (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015). Deste modo, torna-se então fundamental conhecer os principais incidentes e eventos adversos existentes. Mas não se pode ficar só por aqui. Tem que

se aplicar medidas e avaliá-las de modo a saber se foram ou não eficazes. Assim, a monitorização do risco deve-se efetuar em dois momentos, na declaração dos eventos ocorridos, declaração esta que deverá ser anónima e voluntária, exceto em circunstâncias inaceitáveis como cirurgia do lado errado, erros de transfusão, mortes inesperadas, entre outras. Este conhecimento deverá incidir sobre o erro em si e as suas circunstâncias e não sobre as pessoas envolvidas. E assim, aplicar medidas que diminuam o risco de voltar a acontecer e avaliar o sucesso dessas mesmas medidas. O outro momento prende-se com o acompanhamento desta avaliação, ver se é ou não eficaz, através de medidas como por exemplo, auditorias (ARSLVT, 2009).

Segundo Leape como referido por Ministério da Saúde, et al. (2014), para um sistema de notificação eficaz é fundamental que ele seja confidencial, não punitivo, independente (dados avaliados não pela instituição mas sim por organizações externas), com resposta para os utilizadores do sistema. Com os dados obtidos é possível criar medidas para a sua redução/resolução e, por último, as instituições devem ser abertas à mudança.

As principais barreiras que levam à não notificação é o “medo de uma punição, falta de tempo, perceção de inutilidade (sobretudo se não existe informação de retorno adequada) e a dificuldade no entendimento daquilo que constitui um incidente” (Lage, 2010, p.13). Para além disso, os principais constrangimentos que levam à diminuição dos cuidados e ao relato passa por, ser esperado que os profissionais sejam isentos de realizarem erros devido ao conjunto de competências que possuem, e por outro lado, a política de culpabilização e de associação do erro ao profissional categorizando-o como incompetente (WHO, 2008; Antunes, 2015).

Para o sucesso da notificação dos eventos adversos e incidentes é necessário uma mudança de mentalidade nomeadamente no que diz respeito ao trabalho de equipa, à abertura na aceitação de que os erros acontecem e desse modo tem que se trabalhar para os prevenir. Quando os erros ocorrem não pode haver uma política de culpabilização, mas sim uma discussão aberta sobre o erro e incentivar o reportar dos eventos adversos. Para a diminuição do erro e promoção da segurança e qualidade dos cuidados deve haver uma standardização de protocolos e orientações (Antunes, 2015; ARSLVT, 2009).

Uma vez que as práticas de enfermagem são dirigidas essencialmente para a pessoa doente faz com que a enfermagem seja uma das profissões mais expostas à prática do erro, que segundo a OE (2006), a possibilidade de o erro acontecer pode ir desde “a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundem,

aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício” (p.7). Assim, é imprescindível a identificação das causas que promovem o erro pois só assim podemos preveni-los. De igual modo, a profissão de enfermagem tem como alicerce o código deontológico dos enfermeiros, que tem inúmeras referências à segurança dos cuidados, uma vez que está subjacente à prática dos cuidados de enfermagem, a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Deste modo, os cuidados de enfermagem são por um lado, intervenções realizadas “com a preocupação de beneficiar o público, as pessoas, por outro lado, há um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e dos erros, numa complexa combinação de processos, tecnologias e fatores humanos relacionados com os cuidados de saúde” (OE, 2006, p.7).

Várias medidas já foram realizadas e muitas outras ainda estão a ser implementadas na área da segurança do doente nomeadamente a criação de projetos de melhoria contínua, a evolução tecnológica na saúde e não menos importante, uma maior informação dos doentes sobre a sua doença, os seus direitos e um maior envolvimento deste nos seus projetos de saúde, tem conduzido a uma maior exigência na qualidade dos cuidados que são prestados nos contextos de saúde (Ramos & Trindade, 2013).

Em 2010, Lage referia que tinha passado uma década desde a publicação do IOM dos EUA sobre os danos decorrente dos cuidados de saúde e que em Portugal ainda não se conseguia caracterizar o problema. Segundo DQS e DGS (2016), 75% das instituições já implementaram medidas corretivas após as análises dos incidentes reportados.

De acordo com a DQS e DGS (2016) verificou-se que houve um aumento de 204% de notificações sobre os incidentes cirúrgicos e uma diminuição de 50% de notificação de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

Em síntese importa salientar que a notificação dos incidentes permite conhecer os riscos, os perigos e a vulnerabilidade das instituições. Também através de auditorias, análises de registos clínicos, reuniões com os profissionais ou com utentes, podemos não só conhecer os principais eventos que ocorrem na instituição como também perceber como estes ocorrem e medidas que poderiam ser tomadas de modo a tornar possível a implementação de medidas que minimizem o erro/eventos adversos (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2015).

## **II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## **1.METODOLOGIA**

É através da investigação que criamos conhecimento científico, conhecimento este que nos possibilita conhecer a realidade e promover medidas que permitam a melhoria dos nossos cuidados (Reis, 2010).

O tema cultura de segurança do doente é algo que se encontra muito em voga nos dias de hoje, sendo uma das principais preocupações da DGS e OMS nas últimas décadas. Assim, torna-se necessário conhecer esta realidade no contexto hospitalar de modo a implementar medidas que visem a melhoria da qualidade e segurança dos doentes (DGS, 2011a; DGS, 2013a).

Os enfermeiros são a classe profissional que mais tempo passam próximo do doente, acompanhando-os 24/24horas. Estes profissionais são fundamentais na cadeia da prevenção de acidentes, sendo um elo fulcral para a qualidade e segurança dos cuidados. Deste modo, é essencial conhecer a perceção que os enfermeiros possuem sobre a segurança do doente em contexto hospitalar.

Indo de encontro ao que foi referido anteriormente, a fim de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado foi realizado um estudo num hospital da região centro. Assim, neste capítulo será apresentado o processo que serviu de base a esta investigação, abordando o tipo de estudo a realizar, a questão de investigação, os objetivos da investigação, hipóteses, variáveis, população e amostra, instrumentos para colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento de dados.

### **1.1. TIPO DE ESTUDO**

Tendo como base os objetivos definidos para esta investigação, optou-se por um estudo descritivo, exploratório e correlacional de abordagem quantitativa, uma vez que pretendemos estudar as características de uma amostra, num determinado momento e conhecer a relação entre as variáveis.

Com um estudo quantitativo pretende-se a análise dos factos e fenómenos observáveis contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento. Permite também a possibilidade de generalizar-se os resultados (Freixo, 2009). Já Fortin (2009) caracteriza o estudo quantitativo como um processo de colheita de dados possíveis de serem quantificados e observáveis através de um método sistemático.

Com o estudo descritivo pretendemos especificar as características do objeto do estudo através da descrição e análise dos dados, permitindo assim a resolução do problema (Reis, 2010).

Deste modo, Fortin (2009) define que no estudo “descritivo-correlacional, o investigador está muitas vezes em presença de várias variáveis de que ignora quais podem estar associadas entre si” (p. 244). Assim, um estudo correlacional permite estabelecer a relação entre determinadas variáveis (Fortin, 2009; Pocinho, 2012).

## 1.2. QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Com a elaboração da questão de investigação, pretendemos definir de forma clara e concisa o que se pretende estudar, a sua área de ação e as suas particularidades. A formulação da questão de investigação deve ser mensurável e realista, assim como o tema deve ser pertinente não havendo possibilidade de ambiguidades (Pocinho, 2012).

No sentido de conhecer, num determinado hospital, a perceção que os enfermeiros têm sobre a temática da segurança do doente em contexto hospitalar elaborou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos enfermeiros do CHBV- unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado?

Assim, para dar resposta à questão de investigação formularam-se objetivos de modo a “estabelecer factos, por em evidência relações entre variáveis por meio de verificações de hipóteses, prever resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas” (Fortin, 2009, p.30).

Ainda segundo a mesma autora, com o objetivo de investigação, o investigador refere o que vai estudar com o propósito de dar resposta às questões de investigação. O objetivo deve estar formulado de modo a “indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação” (Fortin, 2009, p. 160).

Segundo a DGS (2013a), sem o conhecimento de dados sobre a avaliação da cultura de segurança do doente, dificilmente se poderão implementar medidas para que se possam atingir metas na diminuição da ocorrência do erro. Deste modo, estabelecemos os seguintes objetivos para o presente estudo:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros do CHBV - Unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado;

- Saber se a idade, a experiência profissional, formação dos enfermeiros na área da segurança do doente/gestão de risco e as habilitações académicas interferem na perceção destes sobre cultura de segurança;
- Identificar os pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria no que diz respeito à cultura de segurança.

### 1.3. HIPÓTESES

A perceção que o profissional de saúde tem acerca da cultura de segurança do doente depende das próprias políticas da instituição, que determinam a sua segurança. Outros fatores que também interferem na perceção do profissional passam por fatores como experiência profissional, os próprios valores e crenças que o profissional tem acerca da cultura de segurança a do doente (Yang, Wang, Chang, Guo & Huang, 2009).

Com a formulação de hipóteses tentamos dar resposta ao problema levantado pela questão de investigação através do estabelecimento de uma relação entre duas ou mais variáveis (Pocinho, 2012; Reis, 2010). Esta deve ter em conta "..., as variáveis-chave e a população alvo. A hipótese é um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita uma verificação empírica" (Fortin, 2009, p.165).

Para a elaboração de uma hipótese é necessário ter em consideração alguns fatores como forma de construção da hipótese, o sentido da relação, a possibilidade de ser testada, a sua consistência e a plausibilidade (Fortin, 2009).

O crescimento está inerente à condição humana sendo um processo global e dinâmico. Assim, os enfermeiros com o desenvolvimento da sua prática de cuidados, para além dos conhecimentos técnico-profissionais inerentes à sua prática clínica também desenvolvem competências e adquirem conhecimentos no âmbito pessoal. Desta forma para ir de encontro aos objetivos formulados elaborou-se a seguinte hipótese:

- **Hipótese 1:** A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais idade;

Com a aquisição de experiência profissional os enfermeiros vão consolidando os seus conhecimentos teóricos, aprofundando-os e adquirindo um conhecimento baseado na prática. Assim, tornam-se profissionais mais seguros dos seus cuidados e com maior facilidade em detetar situações de crise Benner (2001). Deste modo, foi elaborado a seguinte hipótese para ir de encontro aos objetivos formulados:

- **Hipótese 2:** A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional;

O Conselho da União Europeia através da recomendação 2009/C15/01 defende a importância da formação dos profissionais na área da segurança do doente, uma vez que considera que quanto maior for a formação dos profissionais de saúde nesta área, maior será a adesão destes para uma cultura de segurança mais forte nas instituições (Jornal Oficial da União Europeia, 2009).

Deste modo, foi elaborado a seguinte hipótese para ir de encontro aos objetivos do estudo:

- **Hipótese 3:** A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros que efetuaram formação em cultura de segurança/gestão de risco;

Corroborando com o referido na hipótese anterior, Ferreira (2004) defende que a educação fornece aos formandos, através de instrumentos e mecanismos, autonomia e também a aquisição de conhecimentos de modo a se manterem atualizados. Deste modo, indo de ir de encontro aos objetivos do estudo foi elaborado a seguinte hipótese:

- **Hipótese 4:** A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais habilitações académicas.

#### 1.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

As características de uma população passam a ser designadas variáveis quando, num estudo de investigação pretendemos estudar de que forma um determinado comportamento, objeto, pessoa, entre muitos outros conceitos influenciam um ambiente ou processo (Fortin, 2009; Pocinho, 2012).

Segundo Reis (2010), “ as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (p. 71).

As mais utilizadas são as variáveis independentes e dependentes em que o objetivo é saber dentro de um determinado acontecimento de que forma uma interfere a outra (Fortin, 2009; Pocinho, 2012).

A variável dependente é aquela que se modifica ou não consoante a interação com a variável independente (Fortin, 2009). Já Reis (2010) complementa definindo-a como sendo “aquela que o investigador está interessado em compreender, explicar ou rever ...” (p. 72).

A variável dependente deste estudo foi a cultura de segurança do doente hospitalizado, operacionalizada através do questionário Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses.

De entre várias definições sobre cultura de segurança, segundo OMS como referido por DGS (2013a), define cultura de segurança de uma organização como um conjunto de valores individuais e de grupo que caracterizam o seu compromisso com a segurança. Assim como, a organização, como fomentadora de formação da cultura de segurança, influencia e recebe influência das pessoas que nela trabalham.

Desta forma, a segurança do doente é uma prioridade nacional sendo fundamental conhecer-se a realidade hospitalar de forma a implementar intervenções de melhoria e posteriormente monitorizar a sua evolução DGS (2013a).

A variável independente é “considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente” (Fortin, 2009, p.171). Ou seja, é aquela que é possível ser manipulada pelo investigador (Fortin, 2009; Pocinho, 2012).

As variáveis independentes selecionadas para este estudo foram:

- Idade;
- Habilitações Académicas;
- Experiência profissional na prestação de cuidados;
- Formação em cultura de segurança do doente/gestão de risco.

#### **1.4.1. Operacionalização das variáveis**

As variáveis representam as propriedades dos fenómenos, sendo-lhes atribuídos valores pelo que é necessário saber utilizar de modo adequado numa investigação (Fortin, 2009). Assim, segundo a mesma autora, a operacionalização das variáveis passa pela necessidade de definir as variáveis de modo a que possa ser observada e medida. As variáveis que foram necessário operacionalizar foram a idade, habilitações académicas e experiência profissional na prestação de cuidados.

Uma vez que no questionário a questão idade é uma pergunta aberta foi necessário operacionalizar a fim de facilitar a análise desta variável. Deste modo, esta foi codificada em faixas etárias ficando dividido em 3 grupos, sendo um idades inferiores ou iguais a 35 anos, dos 35 aos 45 anos e das idades superiores ou iguais aos 45 anos, como é possível observar no Quadro n.1.

As habilitações académicas foram operacionalizadas em 2 grupos, sendo estes, licenciatura ou bacharelato e o grupo das pós-licenciaturas que englobas as pós-graduações, especialidades, mestrados e doutoramentos (Quadro n. 1).

Relativamente à variável experiência profissional na prestação de cuidados, foi também operacionalizada em 3 grupos, sendo um com idades inferiores ou iguais aos 7 anos, depois o grupo dos 8 a 12 anos, e por último, o grupo de 13 ou mais anos (Quadro n.1).

**Quadro n. 1** - Operacionalização das Variáveis do instrumento de colheita de dados

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo de variável
<b>Idade</b>	Questão Aberta	<36 anos; [36 a 45 anos]; > 45 anos.	Quantitativa
<b>Experiência profissional na prestação de cuidados</b>	<6 meses; 1 a 2 anos; 3 a 7 anos; 8 a 12 anos; 13 a 20 anos; 21 ou mais anos.	<8 anos; [8 a 12 anos]; > 12 anos.	Quantitativa
<b>Formação na área da segurança do doente/gestão de risco</b>	Sim; Não.	Esta variável não foi operacionalizada	Qualitativa nominal
<b>Habilitações Académicas</b>	Licenciatura; Pós-Licenciatura; Mestrado; Doutoramento; Outro.	Licenciatura/ Bacharelato; Pós-Licenciatura (pós-graduações, mestrados, doutoramentos e pós-licenciaturas).	Qualitativa ordinal

### 1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nos estudos científicos há que fazer a distinção entre população e amostra uma vez que possuem um significado bastante diferente.

Segundo Fortin (2009), uma população caracteriza-se por “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (p. 311). Assim, “em termos estatísticos, população é sinónimo de universo, isto é, a coleção completa de unidades (...) a partir da qual se podem constituir amostras” (Reis, 2010, p. 75).

Deste modo, a amostra define-se como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2009, p.311).

Apesar da cultura de segurança dos doentes dizer respeito a todos os profissionais envolvidos no cuidar dos doentes que recorrem aos hospitais, o objetivo deste trabalho

constitui somente a percepção dos enfermeiros. Uma vez que são a classe profissional que, para além de terem uma prestação de cuidados diretos no doente 24 sob 24 horas, são um dos maiores grupos profissionais dentro das instituições hospitalares. Estes detêm também, devidos às suas competências e funções, “um papel preponderante na prevenção do erro e conseqüentemente na segurança do doente” (Fernandes & Queirós, 2011, p. 38).

### **1.5.1. Seleção da amostra**

O CHBV é constituído por 3 hospitais: Hospitais de Águeda, Estarreja e Aveiro. O estudo incide apenas na unidade de Aveiro, atendendo aos recursos económicos envolvidos no estudo.

Dada a impossibilidade de estudar toda a população levou-nos à definição da amostra. Assim, a nossa amostra é constituída por os enfermeiros pertencentes ao CHBV – Unidade de Aveiro, sendo o critério de amostragem não probabilística de conveniência, tendo como critérios de inclusão:

- ✓ Ser enfermeiro do CHBV – Unidade de Aveiro, na prestação direta de cuidados;
- ✓ Aceder livremente a participar no estudo;
- ✓ A exercer funções no período de colheita de dados.

Com a criação de critérios de inclusão, pretende-se “obter uma amostra o mais homogénea possível, determina-se com a ajuda de critérios as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra ...” (Fortin, 2009, p. 311).

Deste modo, foram entregues 416 questionários (número de enfermeiros existentes na prestação de cuidados aquando a realização do estudo), tendo somente sido recolhidos 222 questionários.

## **1.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

A escolha do instrumento de colheita de dados tem que ser capaz de dar resposta aos objetivos, questão levantada no processo de investigação e ao mesmo tempo deve ser um método com o qual o investigador saiba utilizar.

Tendo em conta o tipo de estudo, o instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário, uma vez que este “... tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380). Ainda segundo a mesma autora, o questionário é um bom instrumento de colheita de dados uma vez que é pouco dispendioso, após a sua elaboração pode ser aplicado a toda amostra ao mesmo tempo,

não necessitando da presença física do investigador, promovendo o anonimato e privacidade na resposta às questões, entre outros fatores.

O instrumento de colheita de dado selecionado para este estudo foi o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Este questionário é um instrumento da AHRQ, que tem sido implementado em imensos hospitais por todo o mundo, uma vez que é um dos meios de colheita de dados apoiado pelo projeto *European Network for Patient Safety* (DGS, 2013a) e é o instrumento de colheita de dados selecionado pela DGS a fim de conhecer a realidade das instituições portuguesas sobre a cultura de segurança do doente hospitalizado. Este questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa por Eiras et al. (2014) (ANEXO I). Trata-se de um instrumento de colheita de dados multidimensional pois abrange as diferentes dimensões associadas à cultura de segurança do doente. As 12 dimensões estudadas são o trabalho em equipa (dimensão 1), as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (dimensão 2), o apoio à segurança do doente pela gestão (dimensão 3), aprendizagem organizacional - melhoria contínua (dimensão 4), perceções gerais sobre a segurança do doente (dimensão 5), feedback e comunicação acerca do erro (dimensão 6), abertura na comunicação (dimensão 7), frequência da notificação de eventos (dimensão 8), trabalho entre unidades (dimensão 9), Dotação de profissionais (dimensão 10), transições (dimensão 11) e a resposta ao erro não punitiva (dimensão 12) (DGS, 2013a; DGS, 2015).

As dimensões avaliam em que medida, na dimensão 1, há espírito de equipa, havendo respeito e apoio entre os profissionais; na dimensão 2, os gestores levam em consideração as sugestões feitas pelos profissionais sobre a segurança do doente e não desvalorizam os problemas relacionados com esta; na dimensão 3, a gestão promove uma cultura de segurança na instituição assim como demonstram que esta é uma prioridade; na dimensão 4, os erros promovem mudanças positivas criando assim uma cultura de aprendizagem e de ganhos efetivos; na dimensão 5, a existência de procedimentos diminui os erros levando a um decréscimo dos problemas com a segurança; na dimensão 6, os profissionais conhecem os erros que ocorrem na instituição, assim como as medidas implementadas, havendo sempre que necessário discussão aberta sobre o erro; na dimensão 7, nas situações em que a segurança do doente está em causa, os profissionais falam abertamente sobre o assunto assim como questionam os seus superiores hierárquicos; na dimensão 8, são reportados quer os erros que são identificados e prevenidos antes de acontecerem, os que correm mas que não causam danos aos doentes, como também os que podem causar danos mínimos; na dimensão 9, os serviços do hospital, a fim da segurança do doente, conseguem

coordenar-se como também cooperarem; na dimensão 10, existem profissionais suficientes de modo a dar resposta aos cuidados necessários sem por a cultura de segurança em causa; na dimensão 11, a informação transmitida sobre o doente aquando as passagens de turno e transferência de serviço e por último, na dimensão 12, os profissionais sentem que não há uma cultura de culpabilização e punição (Eiras, 2011; Rockville, Famolaro, Yount, Burns, Flashner & Sorra, 2016).

Este questionário está dividido em 8 seções que vai do A ao H, sendo que a secção A refere-se aos dados sociodemográficos e profissionais, a secção B possui 18 itens sobre o serviço/unidade de trabalho, a secção C tem 4 itens sobre o superior hierárquico, a secção D detém 6 itens sobre comunicação, a secção E tem 3 itens sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrência, a secção F aborda a classificação do grau de segurança do doente, a secção G possui 11 itens sobre o hospital e por último a secção H questiona quanto ao número de eventos/ocorrências notificada (DGS,2013a; Eiras, 2011; Sorra & Nieva, 2004;).

Assim, este questionário é composto por duas questões de item único que é o grau de segurança do doente (secção F) e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses (secção H). O restante questionário possui 42 itens divididos pelas 5 seções restantes seções B,C,D,E utilizando uma escala de Likert de 5 categorias, que são o “discordo fortemente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “concordo fortemente” ou “nunca”, “raramente”, “por vezes”, “a maioria das vezes” e “sempre”. É a conjugação destes 42 itens que vão definir as 12 dimensões identificadas no questionário, como é possível ver no Quadro n. 2 (Eiras, 2011).

**Quadro n. 2 – Dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado (Eiras, 2011)**

<b>Dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado</b>
<b>Dimensão 1 – Trabalho em equipa</b>
Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se (B1)
Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer (B3)
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito (B4)
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (B11)

**Quadro n. 2** (continuação) – Dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado (Eiras, 2011)

<b>Dimensão 2 – Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</b>
O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (C1)
O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (C2)
Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos (C3)
O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (C4)
<b>Dimensão 3 – Apoio à segurança do doente pela gestão</b>
A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (G1)
As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades (G8)
A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (G9)
<b>Dimensão 4 – Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua</b>
Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente (B6)
Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas (B9)
Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente (B13)
<b>Dimensão 5 – percepções gerais sobre a segurança do doente</b>
É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade (B10)
Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho (B15)
Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente (B17)
Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer (B18)
<b>Dimensão 6 – Feedback e comunicação acerca do erro</b>
É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências (D1)
Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade (D3)
Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (D5)
<b>Dimensão 7 – Abertura na comunicação</b>
Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (D2)
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (D4)
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (D6)

**Quadro n. 2** (continuação) – Dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado (Eiras, 2011)

<b>Dimensão 8 – Frequência da notificação de eventos</b>
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? (E1)
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? (E2)
Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado? (E3)
<b>Dimensão 9 – Trabalho entre unidades</b>
Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (G2)
Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (G4)
É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital (G6)
Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (G10)
<b>Dimensão 10 – Dotação de profissionais</b>
Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (B2)
Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (B5)
Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável (B7)
Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa (B14)
<b>Dimensão 11 – Transições</b>
A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro (G3)
É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (G5)
Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital (G7)
As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente (G11)
<b>Dimensão 12 – Resposta ao erro não punitiva</b>
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (B8)
Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (B12)
Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal (B16)

Foram definidos critérios para a exclusão dos questionários e estes vão de encontro do que é definido por Sorra e Nieva (2004) que são os questionários que apresentem:

- ✓ Todos os itens da mesma seção, excetuando a seção E, com a mesma resposta;
- ✓ Seção B, D ou G em branco;
- ✓ Seção C e E simultaneamente em branco;

- ✓ Se, em todo o questionário, em diferentes seções, mais de metade dos itens estiverem em branco.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado a metodologia recomendada por Sorra e Nieva (2004), em que consiste na recodificação da escala de 5 para 3 categorias e na inversão das questões formuladas negativamente de modo a facilitar a análise dos dados. Desta forma, os itens invertidos são: seção B itens: 5,7,8,10,12,14,16,17; seção C itens: 3 e 4; seção D item 6 e seção G itens 2,3,5,6,7,9,11.

Segundo as mesmas autoras, na recodificação da escala, para cada item as opções de resposta “concordo e concordo fortemente” e “a maioria das vezes e sempre” foram agrupadas numa só categoria considerada positiva, as opções de resposta “não concordo nem discordo” e “por vezes” foram agrupadas numa só categoria considerada neutra e as opções de resposta “discordo e discordo fortemente” e “raramente e nunca” foram agrupadas numa só categoria considerada negativa.

Deste modo, com esta recodificação, o percentual de questões positivas nas dimensões/itens são considerados os pontos fortes da cultura de segurança (fortaleza), quando possuem uma percentagem superior ou igual a 75%. Quando os itens/dimensões possuem somente uma percentagem igual ou inferior a 50% são consideradas áreas a necessitar de melhoria (oportunidades de melhoria). Para as percentagens entre os 50% e 75%, não há orientações por parte da AHRQ (Sorra & Nieva, 2004), no entanto num estudo realizado por Fernandes e Queirós em 2011, com o título Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses, estes definem estas percentagem como sendo aceitáveis mas necessitando de melhorias (Fernandes & Queirós, 2011).

Uma das medidas de avaliação da consistência interna de um instrumento de colheita de dados é através do alfa de Cronbach. Este é um dos métodos mais utilizados para testar a fiabilidade do instrumento de recolha de dados, uma vez que faz “uma estimativa da correlação dividida pela metade, para todas as possíveis formas de dividir a medida em duas partes” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.290).

Deste modo é possível conhecer a relação existente entre todos os itens da escala, uma vez que esta representa se há homogeneidade entre os enunciados e “quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna” (Fortin, 2009, p. 350).

Assim, o alfa de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo do 1 estiver maior será a sua consistência interna. De acordo com Pestana e Gageiro (2014), os valores de referência da consistência interna inferiores a 0,60 são considerados inadmissíveis; entre 0,61 e 0,70 são fracos; entre 0,71 e 0,80 são razoáveis; entre 0,81

e 0,90 são bons e superiores a 0,90 são muito bons. Nesse sentido, idealmente o alfa deverá estar acima dos 0,80. Assim, para Pestana e Gageiro (2014) um alfa de 0,71 é aceitável, embora Sorra e Nieva como referido por Eiras (2011) defendam aceitáveis alfas iguais ou superiores a 0,60.

De modo a conhecer a consistência interna deste estudo, foi calculado o alfa de Cronbach para a escala e para cada dimensão. Na escala obtivemos um alfa de Cronbach de 0,902, o que é bastante satisfatório, sendo que no estudo de Eiras (2011) esta obteve um score de 0,908.

Quanto à avaliação em cada dimensão, os resultados já não foram tão satisfatórios, uma vez que obtivemos scores, em determinadas dimensões, abaixo dos 0,7 como é possível ver no Quadro n. 3.

**Quadro n. 3** – Consistência Interna das dimensões da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado

Dimensão	Alfa de Cronbach
Trabalho em equipa	0,777
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente	0,724
Apoio à segurança do doente pela gestão	0,744
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	0,683
Perceções gerais sobre a segurança do doente	0,652
Feedback e comunicação acerca do erro	0,737
Abertura na comunicação	0,672
Frequência da notificação de eventos	0,927
Trabalho entre unidades	0,605
Dotações de profissionais	0,522
Transições	0,563
Resposta ao erro não punitiva	0,561
<b>Total</b>	<b>0,902</b>

No estudo de Sorra e Nieva como referido por Eiras (2011), estas obtiveram scores que variaram entre 0,60 e 0,84 e no estudo de Eiras (2011), esta obteve scores entre 0,483 e 0,901 o que é bastante semelhante ao obtido neste estudo.

Assim, identificamos 7 dimensões com alfas de Cronbach abaixo dos 0,70, ou seja, com consistência fraca, embora duas se encontram muito próximas dos 0,70. As dimensões “dotação de profissionais”, “transições” e “resposta ao erro não punitiva” foram as que apresentaram valores mais baixos de fiabilidade estando abaixo dos 0,6.

Por outro lado, a dimensão “frequência da notificação de eventos” obteve um valor alfa de Cronbach de 0,927, indicativo de uma consistência interna muito boa.

### 1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ao efetuarmos estudos em seres humanos o investigador tem que assegurar que os direitos das pessoas em causa estão salvaguardados, pois só assim estas se sentirão capazes para participarem no estudo. E só desta maneira podemos nos assegurar que o conhecimento científico construído é um conhecimento válido.

Assim, “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos das pessoas. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios de respeito pela pessoa e beneficência” (Fortin, 2009, p. 180).

De forma a garantir o respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes a este tipo de trabalho de investigação foi efetuado um pedido de autorização por correio eletrónico para a aplicação do instrumento de colheita de dados à autora que traduziu e validou para a população portuguesa o questionário “Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais”, tendo sido autorizado a (30-03-2014) por correio eletrónico (Anexo II).

Foi efetuado, também, um pedido ao Presidente do Conselho de Administração do CHBV, onde se informava os objetivos do estudo, a amostra selecionada, o instrumento de colheita de dados proposto, tendo-se obtido um parecer favorável para a realização do estudo (Anexo III).

Para a aplicação dos questionários, foi elaborado um pedido de consentimento informado em folha anexa ao questionário, informando os enfermeiros acerca dos objetivos do estudo, assegurando o anonimato da informação colhida e reforçando que o seu preenchimento devia ser efetuado de forma voluntária (Anexo I).

Juntamente com os questionários foram entregues nos diversos serviços uma pasta para a recolha dos consentimentos assinados, assim como uma capa onde os questionários preenchidos eram colocados não permitindo assim que fossem visualizados depois de preenchidos de modo a garantir a confidencialidade dos dados.

A entrega e a recolha dos questionários foram efetuados pela investigadora, estando estes disponíveis para preencher durante os meses de setembro e outubro de 2014.

#### 1.8. TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha dos questionários, foram rejeitados aqueles que apresentavam critérios para a sua exclusão. Assim, foram entregues 416 questionários, correspondente ao número de enfermeiros existentes na instituição aquando a aplicação dos questionários que obedeciam aos critérios de inclusão, tendo-se obtido somente 222 questionários. Destes, 5 não obedeciam aos critérios de inclusão tendo sido eliminados do estudo.

Com o tratamento estatístico, sendo uma fase crucial do trabalho de pesquisa, permitenos atribuir uma significação aos dados obtidos (Fortin, 2009).

Desta forma, após a seleção dos questionários efetuou-se a codificação das categorias e a inversão das mesmas nos itens identificados previamente.

De modo a dar resposta à questão de investigação e ir de encontro aos objetivos definidos, com a análise da relação entre as variáveis, efetuou-se a análise dos dados com recurso à análise descritiva e inferencial.

Com a análise descritiva, pretendemos “destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira a serem compreendidos (...)” (Fortin, 2009, p. 411). Deste modo, apresentamos frequências absolutas (N) e percentuais (%); medidas de tendência central (médias e o limite mínimo e máximo).

Na análise inferencial, já pretendemos “generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população” (Fortin, 2009, p. 440). Através de testes de hipóteses, ou seja, através de testes estatísticos irá testar-se a existência ou não de relação entre as variáveis (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

Relativamente à estatística inferencial, e tendo em conta os resultados do teste de normalidade da distribuição (teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*), foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que as variáveis em estudo apresentaram uma distribuição não normal (Tabela n.1).

**Tabela n. 1** - Resultados do teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Dimensões	Estatística	P
Trabalho em equipa	.196	.000
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	.194	.000
Apoio à segurança do doente pela gestão	.180	.000
A aprendizagem organizacional – melhoria contínua	.154	.000
Perceções gerais sobre a segurança do doente	.165	.000
Feedback e comunicação acerca do erro	.201	.000
Abertura na comunicação	.221	.000
Frequência da notificação de eventos	.287	.000
Trabalho entre unidades	.181	.000
Dotação de profissionais	.185	.000
Transições	.334	.000
Resposta ao erro não punitiva	.401	.000

**Nota:** Kolmogorov-Smirnov (com correção Lilliefors)

Os testes não paramétricos utilizados para testar as hipóteses do presente estudo foram o teste U de Mann-Whitney, sendo este usado para comparar diferenças entre dois grupos independentes, em que a variável dependente é ordinal ou contínua, mas não tem distribuição normal. Este teste estatístico foi utilizado para testar as hipóteses 3 e 4. O teste Kruskal-Wallis é usado para determinar se há diferenças estatisticamente significativas entre dois ou mais grupos de uma variável independente numa variável dependente contínua ou ordinal. Para determinar quais grupos se diferenciam entre si, é aplicado o método *post hoc* de Dunn. Este teste estatístico foi aplicado para testar as hipóteses 1 e 2.

Em todas as análises estatísticas, o nível de significância estatística assumido para aceitar as hipóteses é de  $p \leq .05$ .

A análise estatística dos dados obtidos foi tratada com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0.

### **III – ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos neste estudo, com uma análise descritiva das características da amostra, bem como a análise por itens e por dimensões da escala. Para além disso, também iremos apresentar a análise inferencial através do estudo das relações entre as variáveis a fim de dar resposta à questão de investigação.

### 1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA AMOSTRA

Aquando da aplicação dos questionários para a recolha de dados, foram entregues 416 questionários em 14 serviços do CHBV - Aveiro de forma obtermos uma amostra a mais alargada possível. Destes apenas 222 foram devolvidos preenchidos. No entanto, após a aplicação dos critérios definidos por Sorra e Nieva (2004), somente 217 questionários foram utilizados para a realização do presente estudo, o que demonstra uma taxa de adesão de 53%.

No presente estudo os sujeitos da amostra são maioritariamente do sexo feminino com 167 enfermeiras (77%), sendo somente 50 (23%) do sexo masculino (Quadro n. 4).

Relativamente às faixas etárias dos respondentes, a sua grande maioria encontra-se com idades inferiores ou iguais a 35 anos (55,3%), seguido pelo grupo entre os 35 e 45 anos com 23%, e por último, 18% com mais de 45 anos, como é possível ver no Quadro n. 4.

Quando questionados sobre se alguma vez tinham respondido a este questionário 178 enfermeiros (82%) disseram que não, enquanto 39 referiram que sim (18%) (Quadro n. 4).

Na questão sobre a certificação/acreditação do serviço, 180 profissionais (82,9%) responderam que o seu serviço não é acreditado e 34 enfermeiros (15,7%) disseram que sim (Quadro n.4).

Todos os intervenientes deste estudo estão em contacto direto com os doentes, tal como pretendido neste estudo.

Quanto às habilitações académicas, 139 enfermeiros (64,1%) possuem licenciatura, sendo que 75 dos profissionais (34,6%) tinham mais habilitações destacando-se as pós-licenciaturas em enfermagem com 49 profissionais (22,6%), 21 enfermeiros com

mestrado (9,7%) e 5 com pós graduações (2,3%). Observa-se que 2 enfermeiros (0,9%) possuem apenas o bacharelato como é possível ver no Quadro n.4.

Relativamente ao serviço onde prestam cuidados, 46 enfermeiros (21,2%) pertencem ao serviço de obstetrícia, 44 profissionais (20,3%) pertence ao serviço de medicina, 27 enfermeiros (12,4%) ao bloco operatório, 21 enfermeiros (9,7%) trabalham no serviço de cirurgia, com 17 enfermeiros (7,8%) encontram-se os enfermeiros do serviço de urgência como também os enfermeiros do serviço de ortopedia, 11 profissionais (5,1%) exercem funções no serviço de cardiologia, 9 (4,1%) trabalham pneumologia/infeciologia, com 7 enfermeiros (3,2%) encontram-se o serviço de medicina intensiva e também o serviço de psiquiatria, com 6 (2,8%) da especialidades cirúrgicas e, por último, das especialidades médicas com 5 enfermeiros (2,3%) (Quadro n.4).

No que refere à experiência profissional no serviço, 30,9% dos enfermeiros (n=67) possuem 3 a 7 anos de experiência, 24,9% (n=54) 8 a 12 anos, 14,3% (n=31) 13 a 20 anos, 12% (n=26) 1 a 2 anos, 11,1% (n=24) 21 ou mais anos, 3,2% (n=7) entre 6 a 11 meses e apenas 2,8% (n=6) dos enfermeiros exerce na unidade há menos de 6 meses (Quadro n.4).

Quanto à experiência profissional na prestação de cuidados, a amostra encontra-se bastante dispersa, encontrando-se 83 enfermeiros (38,2%) com experiência entre os 8 a 12 anos, seguido de 44 (20,3%) com mais de 21 anos de experiência profissional, 43 (19,8%) com 13 a 20 anos, 40 enfermeiros (18,4%) entre os 3 a 7 anos, 5 enfermeiros (2,3%) com 1 a 2 anos de experiência e por fim 1 enfermeiro (0,5%) com menos de 6 meses de experiência profissional na prestação de cuidados (Quadro n.4).

No que concerne à experiência profissional na instituição, verificamos que 66 enfermeiros (30,4%) exerce na instituição entre 8 a 12 anos, seguido 60 enfermeiros (27,6%) com 3 a 7 anos de experiência profissional na instituição, 37 (17,1%) com mais de 21 anos, 36 enfermeiros (16,6%) 13 a 20 anos, 13 profissionais (6%) com 1 a 2 anos, 3 profissionais (1,4%) com 6 a 11 meses, por último, 2 enfermeiros (0,9%) com menos de 6 meses de experiência na instituição (Quadro n.4).

Quando questionados sobre a frequência de formações sobre a segurança do doente/gestão do risco a amostra divide-se de forma equitativa, sendo que 109 enfermeiros (50,2%) referem ter assistido a formações sobre este tema e 108 enfermeiros (49,8%) dizem que não (Quadro n.4). Se houvesse possibilidade de formação sobre segurança do doente/gestão do risco 199 enfermeiros (91,7%) teriam

interesse em assistir contra somente 17 enfermeiros (7,8%) que optariam por não assistir (Quadro n.4).

**Quadro n. 4 – Caracterização da amostra**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	167	77%
Masculino	50	23%
<b>Faixa Etária</b>		
Inferior ou igual a 35 anos	120	55,3%
Entre 35 anos e 45 anos	50	23%
Acima dos 45 anos	39	18%
<b>Já responderam ao questionário anteriormente</b>		
Sim	39	18%
Não	178	82%
<b>Serviço Certificado/Acreditado</b>		
Sim	34	15,7%
Não	180	82,9%
<b>Habilitações Acadêmicas</b>		
Bacharelato	2	0,9%
Licenciatura	139	64,1%
Pós-Licenciatura em Enfermagem	49	22,6%
Mestrado	21	9,7%
Pós-Graduação	5	2,3%
<b>Serviço onde presta cuidados</b>		
Obstetrícia	46	21,2%
Medicina	44	20,3%
Cirurgia	21	9,7%
Bloco Operatório	27	12,4%
Urgência	17	7,8%
Psiquiatria	7	3,2%
Ortopedia	17	7,8%
Cardiologia	11	5,1%
Pneumologia/Infeciologia	9	4,1%
Especialidades Cirúrgicas	6	2,8%
Especialidades Médicas	5	2,3%
Medicina Intensiva	7	3,2%

**Quadro n. 4** (continuação) – Caracterização da amostra

Variáveis	N	%
Experiência Profissional no serviço		
Inferior a 6 meses	6	2,8%
Entre 6 e 11 meses	7	3,2%
Entre 1 a 2 anos	26	12%
Entre 3 a 7 anos	67	30,9%
Entre 8 a 12 anos	54	24,9%
Entre 13 a 20 anos	31	14,3%
21 ou mais anos	24	11,1%
Experiência Profissional na prestação de cuidados		
Inferior a 6 meses	1	0,5%
Entre 1 a 2 anos	5	2,3%
Entre 3 a 7 anos	40	18,4%
Entre 8 a 12 anos	83	38,3%
Entre 13 a 20 anos	43	19,8%
21 ou mais anos	44	20,3%
Experiência Profissional na Instituição		
Inferior a 6 meses	2	0,9%
Entre 6 e 11 meses	3	1,4%
Entre 1 a 2 anos	13	6%
Entre 3 a 7 anos	60	27,6%
Entre 8 a 12 anos	66	30,4%
Entre 13 a 20 anos	36	16,6%
21 ou mais anos	37	17,1%
Frequência de formação sobre segurança do doente/ gestão de risco		
Sim	109	50,2%
Não	108	49,8%
Gostaria de ter formação sobre segurança do doente/ gestão de risco		
Sim	199	91,7%
Não	17	7,8%

Quando questionados sobre como avaliam o grau de segurança do doente no serviço/unidade onde exercem verificamos que 124 enfermeiros (57,1%) classificam de aceitável, 54 enfermeiros (24,9%) de muito boa, um enfermeiro (0,5%) de excelente, contra 18 enfermeiros (8,3%) que classificam como fraca e dois enfermeiros (0,9%) de muito fraca, como é possível ver no Quadro n. 5.

**Quadro n. 5 – Grau de segurança do doente**

Grau Segurança do Doente	N	%
Muito Fraca	18	8,3%
Fraca	2	0,9%
Aceitável	124	57,1%
Muito Boa	54	24,9%
Excelente	1	0,5%

Relativamente ao número de eventos/ocorrências notificados nos últimos 12 meses, quando abordados sobre o número de vezes que notificaram, a grande maioria, 93,1% (N=202) responderam que nunca notificaram um erro, 10 enfermeiros (4,6%) relataram 1 a 2 eventos/ocorrências, 2 (0,9%) relataram 3 a 5 eventos/ocorrências, assim como 2 enfermeiros (0,9%) relataram 6 a 10 eventos/ocorrências (Quadro n. 6).

**Quadro n. 6 - Número de eventos/ocorrências notificados nos últimos 12 meses**

Número de eventos/ocorrências notificados nos últimos 12 meses	N	%
Nunca notificaram	202	93,1%
1 a 2 eventos/ocorrências	10	4,6%
3 a 5 eventos/ocorrências	2	0,9%
6 a 10 eventos/ocorrências	2	0,9%

## 1.2. ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO

A recolha dos dados sobre a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente hospitalizado foi efetuada através da aplicação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da AHRQ traduzido para a população portuguesa por Eiras et al. (2014).

Com esta escala conseguimos obter uma avaliação da cultura de segurança do doente, sendo esta dividida em 12 dimensões, que são o trabalho em equipa (dimensão 1), as expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (dimensão 2), o apoio à segurança do doente pela gestão (dimensão 3), aprendizagem organizacional - melhoria contínua (dimensão 4), perceções gerais sobre a segurança do doente (dimensão 5), feedback e comunicação acerca do erro (dimensão 6), abertura na comunicação (dimensão 7), frequência da notificação de eventos (dimensão 8), trabalho entre unidades (dimensão 9), dotação de profissionais (dimensão 10), transições (dimensão 11) e a resposta ao erro não punitiva (dimensão 12).

Iremos analisar os dados obtidos nos diferentes itens e dimensões, considerando a percentagem de respostas positivas em cada item/dimensão como pontos fortes ou oportunidades de melhoria de modo a obtermos a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente num determinado hospital.

### **Dimensão 1 - Trabalho em equipa**

Verificamos que esta dimensão teve uma percentagem de respostas positivas de 67,6%. Uma vez que a percentagem obtida é inferior a 75% mas superior a 50%, consideramos aceitável mas com aspetos que necessitam de melhoria. Os itens B1 – “Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se” (81,1%) e B3 – “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” (79,3%), apresentam um percentual de respostas positivas superior a 75%, constituindo assim pontos fortes da cultura de segurança. O item B4 – “Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito” (64,1%) tem um percentual de resposta aceitável mas com aspetos que necessitam de melhoria. E o item B11 – “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” (46,1%) constitui uma oportunidade de melhoria, como é visível no Quadro n. 7.

**Quadro n. 7 – Dimensão 1: Trabalho em equipa**

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>B1</b>	6,5	12,4	81,1
<b>B3</b>	5,1	15,7	79,3
<b>B4</b>	8,3	27,6	64,1
<b>B11</b>	24,9	28,6	46,1
<b>Média</b>	11,2	21,1	67,6

## **Dimensão 2 – Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente**

Esta dimensão classifica-se como uma oportunidade de melhoria, uma vez que apresenta um percentual de respostas positivas de 48%, indo de encontro ao definido por Sorra e Nieva (2004), que consideram oportunidade de melhoria quando o percentual de respostas positivas são inferior a 50%.

O item C4 – “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente”, tem um percentual de resposta aceitável, (67,7%) mas carecendo de melhorias. Enquanto os itens C1 – “O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos”(39,2%), C2 – “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” (43,8%) e C3 – “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos” (41,5%), apresentam, como é visível no Quadro n. 8, um percentual de resposta inferior a 50%, pelo que se considera uma oportunidade de melhoria.

**Quadro n. 8** – Dimensão 2: Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>C1</b>	30,0	30,9	39,2
<b>C2</b>	24,0	32,3	43,8
<b>C3</b>	20,7	37,3	41,5
<b>C4</b>	11,5	20,7	67,7
<b>Média</b>	21,5	30,3	48,0

## **Dimensão 3– Apoio à segurança do doente pela gestão**

Obtivemos nesta dimensão um percentual de respostas positivas de 19,4%, o que se traduz claramente numa oportunidade de melhoria. Nos itens G1 – “A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” (18,9%), G8 – “As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades” (22,1%) e G9 – “A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” (17,1%) apresentam,

portanto, valores percentuais muito semelhantes estando todos eles classificados como oportunidades de melhoria, como demonstra o Quadro n. 9.

**Quadro n. 9** – Dimensão 3: Apoio à segurança do doente pela gestão

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>G1</b>	33,6	47,5	18,9
<b>G8</b>	30,9	47,0	22,1
<b>G9</b>	41,5	41,5	17,1
<b>Média</b>	35,3	45,3	19,4

#### **Dimensão 4 – Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua**

Relativamente à dimensão da aprendizagem organizacional – melhoria contínua, verificamos que esta dimensão é uma oportunidade de melhoria, uma vez que possui um percentual de respostas positivas de 46,2%, sendo que nos 2 itens B9 – “Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas” (45,9%) e B13 – “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” (47,5%), também obtivemos um valor percentual de respostas positivas inferior a 50%, logo necessitam de melhorias. O item B6 – “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente”, apresenta um valor percentual de 55,3% logo aceitável embora também necessite de alguma melhoria, como se pode ver no Quadro n. 10.

**Quadro n. 10** - Dimensão 4: Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>B6</b>	17,1	27,6	55,3
<b>B9</b>	21,2	42,9	35,9
<b>B13</b>	13,4	39,2	47,5
<b>Média</b>	17,2	36,6	46,2

#### **Dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente**

Verificamos que esta dimensão é uma oportunidade de melhoria pois apresenta um valor percentual de respostas positivas de 39,6%. Todos os itens desta dimensão necessitam uma intervenção de melhoria pois apresentam valor percentuais de resposta positiva inferior a 50%, tal como podemos verificar no Quadro n. 11 seguidamente apresentado.

**Quadro n. 11** - Dimensão 5: Percepções gerais sobre a segurança do doente.

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>B10</b>	30,4	25,8	42,9
<b>B15</b>	31,8	30,4	36,9
<b>B17</b>	27,6	30,9	41,5
<b>B18</b>	21,7	41,0	37,3
<b>Média</b>	27,9	32,0	39,6

### **Dimensão 6 – Feedback e comunicação acerca do erro**

Nesta dimensão obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 44,9%, traduzindo uma oportunidade de melhoria. Todos os itens, D1 – “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” (36,9%), D3 – “Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade” (44,7%) tem valores percentuais inferiores a 50% e no item D5 – “Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” a percentagem (53%) é aceitável mas carece de melhoria, como é possível verificar no Quadro abaixo.

**Quadro n. 12** - Dimensão 6: Feedback e comunicação acerca do erro

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>D1</b>	30,9	32,3	36,9
<b>D3</b>	30,0	24,9	44,7
<b>D5</b>	18,0	29,0	53,0
<b>Média</b>	26,3	28,7	44,9

### **Dimensão 7: Abertura na comunicação**

Verificamos que, nesta dimensão, tendo em conta o percentual de respostas positivas de 48,8%, é uma oportunidade de melhoria.

Assim, o item D4 – “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” e o item D6 – “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo” tem um percentual de respostas positivas de 33,6% e 48,8% respetivamente, são áreas onde é prioritário intervir. O item D2 – “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” teve um percentual de resposta positiva de 64,1%, logo é

um item aceitável, embora com necessidade de melhoria, como é possível ver no Quadro n. 13.

**Quadro n. 13 - Dimensão 7: Abertura na comunicação**

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>D2</b>	15,2	20,7	64,1
<b>D4</b>	31,3	35,0	33,6
<b>D6</b>	17,5	33,6	48,8
<b>Média</b>	21,4	29,8	48,8

### **Dimensão 8 - Frequência da notificação de eventos**

Esta dimensão necessita de uma intervenção urgente, pois apresenta somente 17,1% de respostas positivas, sendo uma das dimensões mais fracas deste estudo. Todos os itens alcançaram percentagens de respostas positivas muito baixas, sendo o item mais baixo o E2 – “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” com 14,7%, como se pode ver no Quadro seguinte.

**Quadro n. 14 – Dimensão 8: Frequência da notificação de eventos**

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>E1</b>	59,9	23,0	17,1
<b>E2</b>	59,9	25,3	14,7
<b>E3</b>	53,9	26,7	19,4
<b>Média</b>	57,9	25,0	17,1

### **Dimensão 9 – Trabalho entre unidades**

Esta dimensão, também é uma oportunidade de melhoria pois apresenta um valor percentual de respostas positivas de somente 35,3%. Todos os itens, exceto o item G6 apresentam valores percentuais inferior a 50%.

O item G6 – “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital”, apresenta um valor aceitável com 60,8%, logo também necessita de alguma melhoria nesse campo, como é demonstrado no Quadro n. 15.

**Quadro n. 15** - Dimensão 9: Trabalho entre unidades

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>G2</b>	35,0	45,2	19,4
<b>G4</b>	18,4	52,5	28,6
<b>G6</b>	8,3	30,9	60,8
<b>G10</b>	18,0	49,8	32,3
<b>Média</b>	19,9	44,6	35,3

### **Dimensão 10 - Dotação de profissionais**

Verificamos que esta dimensão é uma oportunidade de melhoria, por apresentar um percentual de respostas positivas de 34,2%. Nomeadamente os itens B2 – “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” com 32,3%, B5 – “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” com 24,4% e B14 – “Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa” com 24,9% apresentam um percentual de respostas positivas inferiores a 50%. O item B7 – “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” é aceitável (55,3%) embora careça também de melhorias, como é destacado no Quadro n. 16.

**Quadro n. 16** - Dimensão 10: Dotação de profissionais

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>B2</b>	41,5	25,8	32,3
<b>B5</b>	51,6	23,5	24,4
<b>B7</b>	21,2	23,0	55,3
<b>B14</b>	48,4	26,7	24,9
<b>Média</b>	40,7	24,8	34,2

### **Dimensão 11: Transições**

Verificamos que esta dimensão é aceitável, pois apresenta um valor percentual de resposta positiva de 53,3%, como é possível ver no Quadro n. 17. Os itens G5 – “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” com 56,2%, G7 – “Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informações entre os vários serviços/unidades do hospital” com 51,2% e G11 – “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente” com

64,1%, são itens que apresentaram um valor percentual de valor positivo aceitável, embora ainda careçam de alguma melhoria. O item G3 – “A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro”, teve um valor percentual de resposta positiva inferior a 50% (41,9%), pelo que é considerado uma oportunidade de melhoria.

**Quadro n. 17 - Dimensão 11: Transições**

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>G3</b>	27,6	29,5	41,9
<b>G5</b>	18,4	25,3	56,2
<b>G7</b>	13,4	35,5	51,2
<b>G11</b>	11,1	24,9	64,1
<b>Média</b>	17,6	28,8	53,3

### **Dimensão 12 - Resposta ao erro não punitiva**

Verificamos que esta dimensão obteve um percentual de respostas positivas somente de 16,3%, sendo pois a dimensão mais frágil do estudo. Assim, considera-se claramente como uma oportunidade de melhoria, sendo necessário intervir de modo a obter melhores resultados. Todos os itens têm um percentual de respostas positivas inferior a 50%, como é possível visualizar no Quadro n. 18, o que vem realçar a importância da necessidade de intervenção nesta área.

**Quadro n. 18 - Dimensão12: Resposta ao erro não punitiva**

Itens	Respostas Negativas (%)	Respostas Neutras (%)	Respostas Positivas (%)
<b>B8</b>	43,3	38,7	18,0
<b>B12</b>	45,2	36,4	18,0
<b>B16</b>	55,8	31,3	12,9
<b>Média</b>	48,1	35,5	16,3

### **Apreciação global das dimensões e dos itens da cultura de segurança do doente hospitalizado**

Terminada a apresentação e análise dos resultados relativos a cada dimensão da escala, iremos agora apresentar e analisar segundo uma visão global das dimensões e itens quais os pontos fortes e quais as oportunidades de melhoria através do percentual das respostas positivas obtidas no estudo.

Como referido ao longo do presente estudo, indo de encontro ao definido pelas autoras Sorra e Nieva (2004), considera-se um valor percentual positivo de respostas positivas superior a 75% como fortaleza ou pontos fortes da segurança do doente e abaixo dos 50% como oportunidade de melhoria. Uma vez que Sorra e Nieva (2004) nos percentuais de respostas positivas entre os 50 e os 75% não estabeleceram nenhum tipo de classificação optou-se por seguir o estudo de Fernandes e Queirós (2011) em que consideram estes resultados como aceitáveis mas que carecendo de melhoria.

Resumindo, neste estudo obtivemos uma avaliação muito baixa de todas as dimensões, uma vez que nenhuma das dimensões obteve uma percentagem de respostas positivas superior a 75%, considerado ponto forte ou fortaleza. O que se verificou foi que houve 2 dimensões que obtiveram a classificação de aceitáveis, que foram as dimensões “trabalho em equipa” e “transições”, com um percentual de respostas positivas de 67,6% e 53,3%, respetivamente.

Por outro lado, como é possível observar no quadro n. 19, as restantes 10 dimensões tiveram um percentual de respostas positivas inferior a 50%, consideradas então como oportunidades de melhoria, tendo sido atingido os valores mais baixos nas dimensões “resposta ao erro não punitiva”, “frequência da notificação de eventos” e “apoio à segurança do doente pela gestão”, com 16,3%, 17,1% e 19,4% respetivamente.

**Quadro n. 19** – Perspetiva global da avaliação da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado: percentagem de respostas positivas face às 12 dimensões

<b>Dimensões da Cultura de Segurança do doente hospitalizado</b>	<b>Valor percentual respostas positivas</b>
Trabalho em equipa	67,6%
As expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	48%
Apoio à segurança do doente pela gestão	19,4%
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	46,2%
Perceções gerais sobre a segurança do doente	39,6%
Feedback e comunicação acerca do erro	44,9%
Abertura na comunicação	48,8%
Frequência da notificação de eventos	17,1%
Trabalho entre unidades	35,3%
Dotação de profissionais	34,2%
Transições	53,3%
Resposta ao erro não punitiva	16,3%

Numa perspetiva segundo os itens, verificamos que somente dois itens são considerados pontos fortes, por apresentar valores percentuais acima dos 75% que estão descritos no Quadro seguinte.

**Quadro n. 20** – Itens considerados pontos fortes da cultura de segurança do estudo

Dimensão	Itens
<b>Trabalho em equipa</b>	“Neste serviço/unidade os profissionais se entreajudam-se” (81,1%)
	“Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” (79,3%)

Os itens que são considerados aceitáveis mas que carecem de melhoria estão descrito no Quadro n. 21:

**Quadro n. 21** – Itens considerados aceitáveis do estudo

Dimensão	Itens
<b>Trabalho em equipa</b>	Neste serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito (64,1%)
<b>Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</b>	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (67,7%)
<b>Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua</b>	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente (55,3%)
<b>Feedback e comunicação acerca do erro</b>	Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (53%)
<b>Abertura na comunicação</b>	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (64,1%)
<b>Trabalho entre as unidades</b>	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital (60,8%)
<b>Dotação de profissionais</b>	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável (55,3%)
<b>Transições</b>	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (56,2%) Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informações entre os vários serviços/unidades do hospital (51,2%) As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente (64,1%)

Os itens que, por apresentarem valores percentuais inferiores a 50% são considerados oportunidade de melhoria e que necessitam de uma rápida intervenção estão referenciados no Quadro n. 22.

**Quadro n. 22 – Itens que são oportunidade de melhoria do estudo**

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
<b>Trabalho em equipa</b>	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (46,1%)
<b>Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</b>	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (39,2%) O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (43,8%); Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos (41,5%)
<b>Apoio à segurança do doente pela gestão</b>	A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (18,9%) As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades (22,1%) A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (17,1%)
<b>Aprendizagem Organizacional – melhoria contínua</b>	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas (35,9%) Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente (47,5%)
<b>Perceções gerais sobre a segurança do doente</b>	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade (42,9%) Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho (36,9%) Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente (41,5%) Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer (37,3%)
<b>Feedback e comunicação acerca do erro</b>	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências (36,9%) Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade (44,7%)

**Quadro n. 22** (continuação) – Itens que são oportunidade de melhoria do estudo

Dimensões	Itens
<b>Abertura na comunicação</b>	<p>Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (33,6%)</p> <p>Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (48,8%)</p>
<b>Frequência da notificação de eventos</b>	<p>Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? (17,1%)</p> <p>Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? (14,7%)</p> <p>Quando ocorre um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado? (19,4%)</p>
<b>Trabalho entre unidades</b>	<p>Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (19,4%)</p> <p>Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (28,6%)</p> <p>Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (32,3%)</p>
<b>Dotação de profissionais</b>	<p>Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (32,3%)</p> <p>Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (24,4%)</p> <p>Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa (24,9%)</p>
<b>Transições</b>	<p>A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro (41,9%)</p>
<b>Resposta ao erro não punitiva</b>	<p>Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (18,0%)</p> <p>Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (18,0%)</p> <p>Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal (12,9%)</p>

### 1.3. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a realização da análise descritiva, foi efetuada a análise inferencial dos dados, para testar as hipóteses neste estudo tendo em mente a questão de investigação. Assim, procuramos verificar através dos testes estatísticos adequados se existem ou não relações significativamente estatísticas entre as variáveis.

#### **Hipótese 1: A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais idade**

Por forma a analisar a variável idade, foi necessário agrupar os enfermeiros deste estudo em três categorias. Assim, obtiveram-se os seguintes grupos: enfermeiros com idades iguais ou inferiores a 35 anos, enfermeiros entre os 36 aos 45 anos e enfermeiros com mais de 45 anos.

Para comparar as faixas etárias dos enfermeiros em cada uma das doze dimensões da cultura de segurança do doente utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o método *post hoc* de Dunn para comparar, entre os resultados de cada dimensão e cada par de grupos (Tabela n.2).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões 2 (Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente) e 10 (Dotação de profissionais) da cultura de segurança do doente. Na dimensão 2 (Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente), os resultados dos testes *post hoc* indicam haver diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros na faixa etária dos 36 aos 45 anos de idade comparativamente com os enfermeiros com idades iguais ou inferiores a 35 anos e com os enfermeiros com mais de 45 anos.

Estes resultados sugerem que os enfermeiros entre os 36 e os 45 anos de idade, quando comparados, quer com os enfermeiros mais novos, quer com os velhos, apresentam menores expetativas de que os supervisores/gestores tomem em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do doente e de que premeiem os profissionais pelas iniciativas relacionadas com a segurança do doente.

Na dimensão 10 (Dotação de profissionais), testes *post hoc* indicam haver diferenças entre enfermeiros com idades iguais ou inferiores a 35 anos e enfermeiros com mais de 45 anos, e entre enfermeiros no grupo etário dos 36 e os 45 anos e enfermeiros com mais de 45 anos. Estes resultados sugerem que os enfermeiros mais velhos, quando comparados, quer com os enfermeiros mais novos, quer com os enfermeiros de 36 a 45 anos, são os que mais acreditam que existem profissionais suficientes para dar resposta ao trabalho com qualidade.

Assim, podemos diferir que a hipótese 1, a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais idade, somente é mais forte nas dimensões 2 (Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente) e dimensão 10 (Dotação de profissionais) da cultura de segurança do doente.

**Tabela n. 2 -** Teste Kruskal-Wallis entre as faixas etárias e as dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Faixa etária	n	Ordem Média	$\chi^2(2)$	p	Post hoc
Trabalho em equipa	≤ 35 anos	119	104.34	0.899	.638	
	[36-45] anos	50	99.55			
	> 45 anos	39	111.32			
Expectativas do superior/gestor e ações que promovam a segurança do doente	≤ 35 anos	59	53.86	9.602	.008	([36-45] anos) < (≤ 35 anos) (p = .027) ([36-45] anos) < (> 45 anos) (p = .013)
	[36-45] anos	23	35.52			
	> 45 anos	19	60.87			
Apoio à segurança do doente pela gestão	≤ 35 anos	72	60.24	0.763	.683	
	[36-45] anos	31	66.68			
	> 45 anos	20	61.10			
A aprendizagem organizacional – melhoria contínua	≤ 35 anos	120	112.27	4.295	.117	
	[36-45] anos	50	96.82			
	> 45 anos	39	93.12			
Perceções gerais sobre a segurança do doente	≤ 35 anos	69	54.80	0.744	.689	
	[36-45] anos	22	56.89			
	> 45 anos	21	61.69			
Feedback e comunicação acerca do erro	≤ 35 anos	119	107.34	2.753	.252	
	[36-45] anos	50	92.62			
	> 45 anos	39	111.08			
Abertura na comunicação	≤ 35 anos	77	68.31	1.785	.410	
	[36-45] anos	34	63.07			
	> 45 anos	25	76.48			
Frequência da notificação	≤ 35 anos	120	104.73	0.059	.971	
	[36-45] anos	50	104.16			
	> 45 anos	39	106.91			
Trabalho entre unidades	≤ 35 anos	46	41.60	0.273	.873	
	[36-45] anos	18	41.92			
	> 45 anos	17	38.41			
Dotação de profissionais	≤ 35 anos	49	38.85	13.137	.001	(≤ 35 anos) < (> 45 anos) (p = .001) ([36-45] anos) < (> 45 anos) (p = .045)
	[36-45] anos	21	43.93			
	> 45 anos	20	63.45			
Transições	≤ 35 anos	43	36.65	2.343	.310	
	[36-45] anos	11	33.73			
	> 45 anos	14	28.50			
Resposta ao erro não punitiva	≤ 35 anos	44	37.45	1.558	.459	
	[36-45] anos	23	41.04			
	> 45 anos	8	32.25			

## Hipótese 2: A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional

Para analisar a variável experiência profissional, foi necessário reagrupar os enfermeiros deste estudo em três categorias. Assim, obtiveram-se os seguintes grupos: enfermeiros que têm até 7 anos de experiência profissional, enfermeiros com 8 a 12 anos de experiência profissional e enfermeiros com 13 anos ou mais de experiência profissional.

Para comparar os anos de experiência profissional dos enfermeiros em cada uma das doze dimensões da cultura de segurança do doente utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis*. Foi realizado o método *post hoc* de Dunn para comparar cada dimensão entre cada par de grupos (Tabela n. 3).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão 10 (Dotação de profissionais) da cultura de segurança do doente. Testes *post hoc* indicam haver diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros que têm até 7 anos de experiência profissional comparativamente com os enfermeiros com 13 anos ou mais de experiência profissional. Estes resultados sugerem que os enfermeiros com mais anos de experiência (13 anos ou mais), comparativamente com os enfermeiros com menos anos de experiência (até 7 anos), acreditam mais na existência de profissionais suficientes para dar resposta ao trabalho com qualidade.

Deste modo, relativamente à hipótese 2, a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional, somente é mais forte na dimensão 10 (Dotação de profissionais) da cultura de segurança do doente.

**Tabela n. 3** - Teste Kruskal-Wallis entre os anos de experiência profissional e as dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Experiência Profissional	N	Ordem Média	$\chi^2(2)$	p	Post hoc
Trabalho em equipa	até 7 anos	45	113.91	2.850	.241	
	8 a 12 anos	83	99.28			
	13 anos ou mais	87	113.26			
Expectativas do superior/gestor e ações que promovam a segurança do doente	até 7 anos	20	49.63	2.391	.303	
	8 a 12 anos	42	58.49			
	13 anos ou mais	43	49.21			
Apoio à segurança do doente pela gestão	até 7 anos	27	59.41	0.542	.763	
	8 a 12 anos	49	63.55			
	13 anos ou mais	50	65.66			
A aprendizagem organizacional – melhoria contínua	até 7 anos	46	114.23	4.626	.099	
	8 a 12 anos	83	116.74			
	13 anos ou mais	87	97.61			

**Tabela n. 3** (continuação) – Teste de Kruskal-Wallis entre os anos de experiência profissional e as dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Experiência Profissional	N	Ordem Média	$\chi^2(2)$	p	Post hoc
Perceções gerais sobre a segurança do doente	até 7 anos	28	57.05	0.860	.651	
	8 a 12 anos	43	55.73			
	13 anos ou mais	45	62.04			
Feedback e comunicação e acerca do erro	até 7 anos	46	111.50	0.466	.792	
	8 a 12 anos	82	109.60			
	13 anos ou mais	87	104.64			
Abertura na comunicação	até 7 anos	29	75.71	0.623	.732	
	8 a 12 anos	55	68.88			
	13 anos ou mais	59	73.08			
Frequência da notificação do erro	até 7 anos	46	117.32	2.052	.358	
	8 a 12 anos	83	102.18			
	13 anos ou mais	87	109.87			
Trabalho entre unidades	até 7 anos	18	48.03	1.227	.542	
	8 a 12 anos	30	40.77			
	13 anos ou mais	36	41.18			
Dotação de profissionais	até 7 anos	26	37.48	7.621	.022	(até 7 anos) < (13 anos ou mais) (p = .020)
	8 a 12 anos	25	45.50			
	13 anos ou mais	44	55.64			
Transições	até 7 anos	20	37.20	0.556	.757	
	8 a 12 anos	27	38.80			
	13 anos ou mais	26	34.98			
Resposta ao erro não punitiva	até 7 anos	14	43.14	1.686	.430	
	8 a 12 anos	34	35.82			
	13 anos ou mais	28	39.43			

### **Hipótese 3: A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros que efetuaram formação em cultura de segurança/gestão de risco**

Comparou-se as dimensões da cultura de segurança entre os enfermeiros que realizaram e que não realizaram formação em cultura de segurança/gestão de risco, recorrendo ao teste de *Mann-Whitney U* (Tabela n.4). Verificou-se que apenas a dimensão 1 (Trabalho em equipa) apresenta diferenças significativas. Estes resultados sugerem que os enfermeiros que realizaram formação em cultura de segurança/gestão de risco, comparativamente com os enfermeiros que não realizaram essa formação, são os que mais acreditam que os profissionais se apoiam mutuamente, se tratam com respeito e trabalham em conjunto como uma equipa.

Deste modo, relativamente à hipótese 3, a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros que efetuaram formação em cultura de segurança/gestão de risco, podemos verificar que este só é mais forte na dimensão 1 (Trabalho em equipa).

**Tabela n. 4** - Teste Mann-Whitney entre a realização de formação em cultura de segurança/gestão de risco e as dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Sim		Não		U	P
	N	Ordem Média	n	Ordem Média		
Trabalho em equipa	108	117.05	108	99.95	4908.50	.038
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	45	56.02	61	51.64	1259.00	.457
Apoio à segurança do doente pela gestão	54	65.79	73	62.68	1874.50	.629
A aprendizagem organizacional – melhoria contínua	109	116.54	108	101.39	5064.00	.071
Perceções gerais sobre a segurança do doente	59	60.32	57	56.61	1574.00	.549
Feedback e comunicação acerca do erro	109	112.52	107	104.40	5393.00	.333
Abertura na comunicação	71	74.36	73	70.69	2459.50	.586
Frequência da notificação do erro	109	111.96	108	106.01	5563.50	.458
Trabalho entre unidades	41	45.93	43	39.23	741.00	.200
Dotação de profissionais	47	52.38	48	43.71	922.00	.119
Transições	36	34.88	37	39.07	589.50	.338
Resposta ao erro não punitiva	40	36.01	37	42.23	620.50	.142

**Hipótese 4: A cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais habilitações académicas.**

Para analisar a variável habilitações académicas, foi necessário reagrupar os enfermeiros deste estudo em duas categorias. Assim, obtiveram-se os seguintes grupos: enfermeiros com licenciatura ou bacharelato, e enfermeiros com pós-licenciatura (pós-graduação, especialidade, mestrado, doutoramento).

Comparou-se as dimensões da cultura de segurança entre os enfermeiros com licenciatura/bacharelato e os enfermeiros com pós-licenciatura, recorrendo ao teste de *Mann-Whitney U* (Tabela n. 5). Verificou-se que apenas a dimensão 4 (Aprendizagem organizacional – melhoria contínua) apresenta diferenças significativas. Estes resultados sugerem que os enfermeiros com pós-licenciatura, comparativamente com os enfermeiros com licenciatura/bacharelato, acreditam mais na existência de uma

cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas e que estas mudanças são avaliadas com o objetivo de ganhos efetivos.

Assim, relativamente à hipótese 4, a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais habilitações académicas, podemos dizer que só é mais forte na dimensão 4 (Aprendizagem organizacional – melhoria contínua).

**Tabela n. 5** - Teste Mann-Whitney entre as habilitações académicas e as dimensões da cultura de segurança

Dimensões	Licenciatura/ Bacharelato		Pós- licenciatura		U	P
	N	Ordem Média	n	Ordem Média		
Trabalho em equipa	140	102.96	75	117.40	4545.00	.093
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	66	53.50	40	53.50	1320.00	1.000
Apoio à segurança do doente pela gestão	80	60.09	47	70.66	1567.00	.109
A aprendizagem organizacional – melhoria contínua	141	101.86	75	120.99	4351.00	.029
Perceções gerais sobre a segurança do doente	78	57.37	38	60.83	1393.50	.599
Feedback e comunicação acerca do erro	141	106.39	74	111.06	4990.50	.596
Abertura na comunicação	93	70.18	50	75.39	2155.50	.459
Frequência da notificação do erro	141	111.45	75	102.96	4872.00	.312
Trabalho entre unidades	55	39.59	28	46.73	637.50	.194
Dotação de profissionais	61	44.39	34	54.49	816.50	.082
Transições	51	35.72	22	39.98	495.50	.371
Resposta ao erro não punitiva	47	37.06	29	40.83	614.00	.386

## 2. DISCUSSÃO

Neste capítulo iremos discutir os resultados obtidos neste estudo confrontando com os resultados de outros estudos semelhantes a fim de analisar criticamente sobre os dados obtidos.

Este estudo foi efetuado num hospital da região centro, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado. Aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados estavam, segundo dados fornecidos pelos enfermeiros-chefes dos respetivos serviços, 416 enfermeiros no ativo tendo-se somente obtido 217 questionários válidos, obtendo assim uma taxa de adesão ao estudo de 53%.

Da amostra recolhida, 77% são profissionais do sexo feminino, o que vai de encontro aos dados estatísticos da OE (2016), uma vez que segundo OE (2016), a maior percentagem de enfermeiros no ativo são do sexo feminino. Verificamos também que 55,3% dos enfermeiros apresentava idades iguais ou inferior a 35 anos, sendo assim uma amostra bastante jovem, com 64,1% dos profissionais com licenciatura e com uma experiência na prestação de cuidados entre 8 a 12 anos.

Relativamente à questão se já tinham respondido ao questionário anteriormente, 82% dos profissionais referiram que nunca responderam a este questionário. A última vez que este questionário foi aplicado na instituição, devido às indicações da DGS, foi via eletrónica, 6 meses antes da recolha de dados para este estudo. Desta forma, a pretensão por parte da DGS de aplicar este questionário em todas as instituições a todos os funcionários a cada 2 anos DGS (2015), não está a ser totalmente correspondida pelos enfermeiros nesta instituição.

Em relação à formação dos enfermeiros sobre cultura de segurança/gestão de risco, há uma distribuição uniforme da amostra, havendo 50,2% dos enfermeiros com formação nesta área e 49,8% não têm, o que vai de encontro ao observado no estudo de Costa (2014) em que 50,5% dos profissionais ainda não tem formação sobre esta temática. Quando questionados sobre se estão interessados em ter formação sobre a cultura de segurança/gestão de risco, 91,7% dos profissionais estão interessados. No estudo de Peralta (2012), também se verificou um elevado interesse por parte dos inqueridos (89,9%) em frequentar formações na área da cultura de segurança, o que demonstra

que os enfermeiros consideram a segurança do doente/ gestão do risco um tema pertinente e têm interesse em aprofundar conhecimentos sobre a matéria.

Quando questionados sobre o grau de segurança do doente no serviço onde prestam cuidados, a maior parte dos enfermeiros (82,5%) atribuem uma classificação positiva. No entanto 8,9% classificam a segurança como fraca e dois enfermeiros chegam mesmo a classificar como muito fraca, o que são dados a ter em atenção. Estudos desenvolvidos neste âmbito como por exemplo o da DGS (2011a) refere que 45% dos profissionais classificaram como “muito bom” o grau de segurança do serviço onde prestam cuidados, já Eiras (2011) relativamente a avaliação do grau de segurança do doente refere uma classificação de “muito boa” em 45% dos inquiridos, Fernandes e Queirós (2011) obtiveram uma classificação de 46% como “muito bom”. Por sua vez, Peralta (2012) no estudo que desenvolveu obteve uma classificação de 51,7% como “muito bom”. Em 2013, no estudo de Sousa, este obteve uma classificação de 35,6% como “muito bom”, já Pimenta (2013), obteve uma classificação de 60% como “muito bom”. No estudo de Costa (2014) sobre a Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais, verificou que 42,6% dos profissionais classificam o grau de segurança do doente como “muito bom”. Num estudo realizado pela DGS (2015), verificou-se que 43% dos profissionais classificaram como “muito bom”, sendo que 41% classificam como aceitável. Estes dados demonstram que, de acordo com a perceção dos profissionais de saúde, existe um elevado grau de segurança dos doentes hospitalizados. Estes aspetos podem ser melhorados através de mais campanhas, por exemplo, de sensibilização para segurança medicamentosa, para a importância da comunicação, para a implementação de programas de melhoria como a da cirurgia segura, entre outras, que deverão envolver todos os profissionais de saúde e assim promover uma maior cultura de segurança nos hospitais. Segundo Rockville et al. (2016), nos EUA a avaliação que os profissionais fazem da cultura de segurança é bastante satisfatória uma vez que 76% dos inquiridos caracterizam-na como excelente e 42% como muito boa.

No que concerne à notificação dos eventos/ocorrências que decorreram no serviço onde prestam cuidados, no nosso estudo, os enfermeiros quando questionados sobre o número de relatórios de eventos/ocorrências referiram que a notificação de eventos ocorridos nos últimos 12 meses foi extremamente baixa verificando-se que 93,1% dos enfermeiros não efetuaram qualquer ocorrência neste período. Este dado, vai de encontro ao observado em outros estudos, onde se verifica uma subnotificação dos eventos, embora não tão significativo como no nosso estudo. Num estudo piloto desenvolvido pela DGS (2011a) verificou-se que 73% dos profissionais de saúde não

notificou nenhum evento/ocorrência, sendo que noutra estudo desenvolvido igualmente pela DGS (2015), 63% não notificaram nenhum evento, o que demonstra um aumento ligeiro da notificação de eventos por parte dos profissionais. Outros estudos mostraram igualmente uma elevada percentagem de profissionais que não efetuaram nenhuma notificação, tais como Fernandes e Queirós (2011) com 80% de não notificação de eventos/ocorrências, Eiras (2011) obteve 73%, Peralta (2012) com 68,6%, Pimenta (2013) com 68%, Sousa (2013) obteve 68,7% e no estudo de Costa (2014), 77,9% não notificou nenhuma ocorrência. Internacionalmente, verificou-se que, por exemplo nos EUA, mantém-se uma cultura de subnotificação embora não tão evidente como em Portugal uma vez que 45% dos profissionais efetuaram pelo menos uma notificação nos últimos 12 meses (Rockville et al., 2016).

Segundo Fragata (2010) em cada 100 doentes internados estima-se que 10 doentes possam estar sujeitos a erros e que destes, 60% não têm qualquer dano. Na opinião de Sousa (2006a), com a notificação dos eventos ou dos incidentes que ocorrem em meio hospitalar não se pretende fomentar uma cultura de culpabilização mas sim conhecer o que levou ao erro, introduzir medidas que levem à diminuição da probabilidade de ocorrer novamente o evento adverso e partilhar estas informações de modo a que todos os profissionais de saúde possam aprender.

Para Ramos e Trindade (2011) os principais obstáculos que levam à não notificação dos eventos passam pelo receio da culpabilização e punição pela instituição, pela dificuldade em aceitar o erro por parte dos profissionais e pela reduzida formação pós-graduada que existe sobre a segurança/gestão de risco. No entanto, no nosso estudo mais de 50% dos enfermeiros referem já ter formação na área e demonstram um grande interesse em participar neste tipo de formações.

No âmbito da perceção dos enfermeiros sobre cultura de segurança do doente hospitalizado, segundo os critérios definidos por Sorra e Nieva (2004) e Fernandes e Queirós (2011), procedemos à avaliação das percentagens positivas para cada dimensão de modo a identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria. Dos dados obtidos verificámos que nenhuma dimensão é considerada ponto forte por não apresentarem percentagens de respostas positivas superiores a 75%. Das 12 dimensões estudadas, somente duas são consideradas aceitáveis e as restantes 10 encontram-se com valores abaixo dos 50% sendo claramente uma oportunidade de melhoria.

Relativamente à dimensão, “trabalho em equipa”, apresenta o percentual de respostas positivas mais alta do estudo com o valor de 67,6%, sendo então considerada aceitável.

Nos estudos analisados, os valores variam um pouco apresentando também valores aceitáveis nas investigações de Eiras (2011), Fernandes e Queirós (2011), DGS em 2011a e 2015, Peralta (2012), Sousa (2013) e Costa (2014), com valores 69%, 56%, 73%, 71%, 72,7%, 68,1% e 52%, respetivamente. Somente no estudo de Pimenta (2013) se verificou que esta dimensão é um ponto forte com um valor percentual de 76%.

Internacionalmente, os valores são bastante coincidentes com os verificados nos estudos nacionais, tendo os estudos analisados obtido valores entre o aceitável e como pontos fortes, nomeadamente em Espanha, o estudo de *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009), apresentou valores percentuais de 71,8%, no mesmo país, o estudo de Gama, Oliveira e Hernandez (2013) obteve valores similares com 73,5%. No âmbito da segurança do doente em estudos realizados na Noruega (Pimenta, 2013) e na Suíça (Pimenta, 2013) obtiveram percentagens de 75% e 73%, respetivamente e nos EUA (Pimenta, 2013), verificou-se um valor de respostas positivas de 81%, sendo considerado um ponto forte. Nos EUA, no estudo de Rockville et al. (2016), encontraram-se valores percentuais de 82%, sendo claramente um ponto forte. Neste âmbito do trabalho em equipa, Fragata (2012) afirma que o sucesso do trabalho em equipa passa por considerar a equipa como um todo e não como um conjunto de indivíduos, pois a sua força de trabalho está na sinergia do grupo e não no indivíduo em si.

Face ao exposto parece-nos certo afirmar que é necessário e importante apostar-se na implementação de estratégias de motivação dos profissionais e no desenvolvimento de um conjunto de competências interpessoais e técnicas, como por exemplo, de comunicação, trabalho em equipa, gestão de conflitos, entre outras.

Assim, o trabalho em equipa não pode ser subestimado nas instituições de saúde, pois as políticas de segurança por si só não bastam se as equipas não forem multidisciplinares, capazes de trabalharem em equipa, com o mesmo objetivo e com respeito entre os profissionais e tendo o líder, neste processo, um papel de facilitador e orientador (Fragata, 2010). Seguindo esta linha de pensamento, o trabalho em equipa torna-se assim mais produtivo e funcional uma vez que torna os profissionais mais flexíveis, adaptados, envolvendo a participação dos todos os membros na tomada de decisão, o que por si só é um fator motivacional (Fragata, 2012).

Segundo o estudo de Fernandes (2014), nos serviços onde existe um bom trabalho em equipa o potencial para melhorar a segurança do doente é excelente. Deste modo, as instituições deveriam promover formações/atividades de modo a fomentar o espírito de

equipa entre os vários profissionais, pois é uma mais-valia não só para o doente como também para a instituição e para os próprios profissionais de saúde.

A DGS (2015) no seu relatório *Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura de Segurança nos Hospitais* estabeleceu como principais recomendações para esta dimensão a formação dos profissionais, tendo por base a evidência científica sobre cultura de segurança, o incentivo ao trabalho em equipa, a promoção e o desenvolvimento de competências na área da comunicação, através de técnicas como a simulação, de modo a capacitar os profissionais de saúde com competências nestas áreas.

Em relação à dimensão “expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente”, obtivemos um valor percentual de respostas positivas de 48%. É, pois, uma oportunidade de melhoria, uma vez que possui uma classificação inferior a 50% de percentual de respostas positivas, mas encontra-se muito próximo de ser um valor aceitável. O que está bastante abaixo do observado noutros estudos, que obtiveram sempre valores aceitáveis, exceto o estudo de Costa (2014) que aponta para um valor percentual de 42,6%. Os estudos analisados e que apresentaram valores aceitáveis foram Eiras (2011), Fernandes e Queirós (2011), DGS (2011a), Peralta (2012), Sousa (2013), Pimenta (2013) e DGS (2015) que obtiveram valores de 63%, 63%, 62%, 63,6%, 72%, 58%, e 59%, respetivamente.

A nível internacional, os estudos vão de encontro ao obtido a nível nacional embora relativamente à dimensão expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente se tenha observado que em alguns países como Noruega e Suíça em 2010 e nos EUA em 2014 os valores obtidos sejam considerados pontos fortes, com valores 85%, 75% e 76%, respetivamente (Pimenta, 2013). Igualmente nos EUA Rockville et al (2016), obteve 78% de percentual de respostas positivas. Na Espanha observa-se através dos estudos de *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) e Gama et al. (2013) que os valores percentuais se encontram muito similares, onde obtiveram 61,8% e 63,2% respetivamente.

No estudo de Fernandes (2014) verificou-se que existe uma grande discordância entre a atenção que os superiores hierárquicos intermédios dedicam à segurança do doente e as posturas efetivamente tomadas. Ou seja verifica-se uma grande pressão por parte destes para trabalhar com rapidez, em prejuízo da qualidade bem como pela ausência de reforços positivos face às boas práticas que promovem a segurança do doente.

A segurança do doente passa pela implementação de normas e procedimentos que visam a melhoria dos cuidados. Para promover essa implementação de normas, muitas

campanhas de formação e sensibilização foram lançadas com vista à melhoria dos procedimentos como a da lavagem das mãos, cirurgia no doente e lado correto, uso dos antibióticos, entre outros. Assim, os gestores devem envolver os profissionais para que adiram mais facilmente à mudança, se sintam um elo da equipa e um membro importante na tomada de decisão (Fragata, 2010). Desta forma, e segundo o autor citado, os modelos de trabalho devem deixar de se centrar no trabalho individual mas sim no trabalho interdependente, em equipa, estando o doente no centro dos cuidados.

Esta abordagem preconiza que os líderes devem estar envolvidos nas normas e procedimentos que querem implementar nas suas instituições dando meios e condições de trabalho para que os profissionais as possam aplicar (Fragata, 2010). Para este autor, um líder deve estar munido de um conjunto de competências de modo a ser reconhecida a sua autoridade. Essas competências passam pela personalidade, experiência, atitudes, habilidades técnicas e comportamentais, entre outros (Fragata, 2012).

As principais recomendações da DGS (2015) referidas no relatório sobre a cultura de segurança apontam para o incentivo dos profissionais de saúde que investem na área da cultura de segurança, para a implementação de medidas como, por exemplo, nomear um elemento por serviço responsável pela gestão da segurança do doente e mensalmente premiar o profissional que se destaque nesta área. Deve-se também estimular os líderes a serem participantes ativos através de visitas aos serviços para interagirem com todos os profissionais de saúde e promoverem os cuidados de saúde cujo foco de atenção é o doente e a sua família.

Relativamente à dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão” obteve-se um dos valores percentuais de respostas positivas mais baixa deste estudo, tendo somente 19,4% de percentual de respostas positivas, o que é claramente uma oportunidade de melhoria, com necessidade de uma rápida intervenção.

Estudos realizados a nível nacional sobre a cultura de segurança apontam também para valores percentuais baixos, mas não tão baixos como os observados nesta investigação. Assim, são oportunidades de melhoria os estudos de Eiras (2011), Fernandes e Queirós (2011), DGS (2011a), Sousa (2013), Costa (2014) e DGS (2015), com valores de 43%, 44%, 48%, 24%, 39,9% e 49%, respetivamente. Já nos estudos de Peralta (2012) e Pimenta (2013) obtiveram valores aceitáveis, com 51,03% e 67%, respetivamente.

Sobre a dimensão em análise, apoio à segurança do doente pela gestão, a nível internacional, observa-se um aumento progressivo dos valores percentuais mas ainda mantém-se abaixo dos 50% nomeadamente nos estudos de *Ministerio de Sanidad y*

*Política Social* (2009), com 24,5% e Gama et al. (2013) com 28,9%. Em países como Noruega e Suíça em 2010, verifica-se que são um ponto forte, uma vez que apresentam valores percentuais de respostas positivas com valores de 80% e 83%, respetivamente (Pimenta, 2013). Já segundo Rockville et al. (2016), nos EUA apresenta valores de 72% sendo considerado aceitável. No estudo de Fernandes (2014), verificou-se que o apoio da gestão face à cultura de segurança é considerada como uma dimensão débil e pouco proactiva.

Uma possível explicação para os resultados obtidos nesta dimensão no presente estudo, deve-se ao facto de que o hospital ter sido alvo de reestruturações quer a nível de gestão como também ao nível da reestruturação de serviços pelo que pode ter desencadeado nos profissionais alguma insegurança e levado a este valor percentual tão baixo. Deste modo, parece-nos ser uma possibilidade que os profissionais tenham considerado que a direção do Centro Hospitalar não considerava a segurança do doente como uma prioridade.

As recomendações da DGS (2015) no âmbito desta dimensão passam pela distinção mensal do profissional por serviço que se destaque na área da cultura de segurança. Os gestores das organizações de saúde devem também ser mais próximos dos profissionais de saúde que estão na prestação de cuidados de modo a conhecer as realidades dos serviços. Para além disso, os cuidados de saúde devem ser baseados no doente, havendo ações de formação na temática da segurança do doente junto dos profissionais de saúde para que todos se sintam motivados a participar nas medidas que aumentem a segurança dos cuidados e que mais facilmente adotem medidas e comportamentos seguros na sua prática de cuidados. É também importante promover a partilha de informação entre os diferentes serviços assegurando-se que as orientações e normas instituídas estejam a ser implementadas.

No que diz respeito à dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” apresenta um valor percentual de respostas positivas de 46,2%, o que se traduz numa oportunidade de melhoria, estando mais uma vez abaixo dos valores obtidos noutros estudos em que apresentam valores aceitáveis, exceto o estudo de Pimenta (2013) onde obteve 78%, o que é um ponto forte. Nos estudos de Eiras (2011) obteve 66% de respostas positivas, da DGS (2011a) obtiveram 68%, Fernandes e Queirós (2011) obteve 67%, Peralta (2012) obteve 71,1%, Sousa (2013) obteve 54,4% e por fim Costa (2014) obteve 63,9%.

Observando a realidade internacional, nesta dimensão, verifica-se que os valores mantêm-se aceitáveis entre os 54,4% no estudo de *Ministerio de Sanidad y Política*

*Social* (2009), entre os 53,4% no estudo de Gama et al. (2013) e 73%, segundo Rockville et al., 2016, nos EUA.

A segurança do doente não deve ser abordada numa perspetiva de punição do erro/culpa mas sim numa visão mais alargada, tendo em conta os condicionalismos inerentes à prestação de cuidados (Sousa et al., 2013). Transpondo para a prática dos cuidados de enfermagem, muitos dos eventos podem ocorrer por falta de condições, nomeadamente em ambientes pouco propícios para a preparação da medicação, onde se verificam interrupções constantes, entre outras causas. Assim, numa perspetiva de promoção de uma cultura organizacional de segurança e de aprendizagem, deve-se conhecer os mecanismos do erro e não quem os comete a fim de minimizar estas condicionantes que são propensas ao erro.

Segundo Fernandes (2014), a aprendizagem organizacional é ainda bastante ineficaz dentro das instituições uma vez que há divergências entre os gestores e os enfermeiros prestadores de cuidados, mantendo-se ainda uma cultura de culpabilização, punição e ocultação do erro. Logo, é pobre ou inexistente a identificação do erro e consequentemente uma análise posterior do erro assim como o feedback sobre este.

Assim, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde há que efetuar o levantamento dos problemas, a elaboração de normas e procedimentos com o adequado estabelecimento de prioridades e a sua aplicação nos contextos de modo a permitir a solução dos problemas e ainda a sua avaliação posterior para determinar se são ou não eficazes (Lage & Sousa, 2013).

As principais recomendações da DGS (2015) para esta dimensão prendem-se com a identificação das principais causas dentro dos serviços que levam à ocorrência do erro para que deste modo a implementação de medidas leve à sua redução ou até mesmo eliminação. Recomenda-se também o desenvolvimento de uma cultura não punitiva de maneira a facilitar as notificações, pois só assim, com a identificação dos erros é que se podem implementar medidas e monitorizar a sua evolução a fim de evitar os eventos adversos.

Relativamente à dimensão “perceções gerais sobre a segurança do doente”, esta apresenta um valor de respostas percentuais muito baixo de 39,6%, sendo claramente uma oportunidade de melhoria e necessitando de uma rápida intervenção. O estudo que mais se aproxima dos valores por nós obtidos é o de Sousa (2013), com uma percentagem de 43,5% de respostas positivas. Os restantes autores apresentam valores aceitáveis, como é o estudo desenvolvido por Eiras (2011) com 53%, Fernandes e Queirós (2011) com 57%, o da DGS (2011a) com 59%, Peralta (2012) com 51,4%,

Pimenta (2013) com 73%, Costa (2014) com 53,7% e o da DGS (2015) com 53% de respostas positivas.

Ainda a este respeito, alguns estudos internacionais vão de encontro ao observado nos estudos nacionais, com valores de 48,4% no estudo de *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009), de 48,7% no estudo de Gama et al. (2013). Outros estudos obtiveram valores percentuais de respostas positivas elevados como os realizados na Noruega e na Suíça em 2010 (Pimenta, 2013), com valores de 78% e 75%, sendo valores considerados pontos fortes da cultura de segurança. Verificou-se que em 2016, nos EUA, o valor apresentado é considerado aceitável com 66% (Rockville et al., 2016).

Segundo Fragata (2010), os fatores que tornam o erro como algo provável passam pela existência de cenários imprevisíveis, as transições, ou seja, os momentos de passagem de turno ou transferência do doente, a existência de equipamentos diversos, entre outros. Assim, de modo a permitir a prevenção do erro, este autor aponta para a necessidade da existência de normas e de procedimentos e a criação de *check-list* que permita uma melhor vigilância e cruzamento de informação.

A segurança do doente em meio hospitalar é algo complexo pois envolve não só a perceção do doente sobre o seu estado, mas também a forma como cada instituição encara e implementa medidas para fomentar a cultura de segurança. As doenças estão em constante mutação e a tecnologia também se encontra sempre a evoluir o que leva a que os profissionais necessitem de trabalhar em equipas coesas, com profissionais motivados e preparados, tendo por base normas e procedimentos dos cuidados que prestam, trabalhando todos da mesma forma (Carneiro, 2010).

As recomendações da DGS (2015) no âmbito da dimensão da perceções gerais sobre a cultura de segurança vão no sentido da identificação das principais áreas problemáticas da ocorrência de erros, de modo a facilitar a implementação de medidas corretivas. Passam, também, pela necessidade de fomentar a criação de programas de melhoria na área da segurança do doente e pela sensibilização dos profissionais para esta problemática e temática através da realização de ações de formação.

No que diz respeito à dimensão “feedback e comunicação do erro” obteve-se um percentual de respostas positivas de 44,9%, sendo uma oportunidade de melhoria. Este resultado está em consonância com os resultados obtidos por Sousa (2013) com um percentual de 47,3% e o estudo de Costa (2014) com 46,5% relativamente à perceção dos profissionais de saúde face à cultura de segurança do doente hospitalizado quanto a esta dimensão.

Nos restantes estudos analisados, os resultados apresentam percentagens aceitáveis mas que carecem de melhoria, como no estudo de Eiras (2011) com 56%, o de Fernandes e Queirós (2011) com 51%, o estudo desenvolvido pela DGS (2011a), com 54%, o de Peralta (2012) com 62,4%, Pimenta (2013) com 69% e o da DGS no ano de 2015 com 52%, apresentando assim melhores resultados face ao obtido neste estudo.

Relativamente a estudos internacionais, verificou-se que, nos EUA Rockville et al. (2016), tiveram um valor percentual de 68%, sendo considerado um valor aceitável mas carecendo de melhoria. Em Espanha, *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve 43,8% e Gama et al. (2013) obteve 43% sendo em ambos os estudos uma oportunidade de melhoria, uma vez que apresentam um percentual de respostas positivas inferior a 50%. Segundo Leonard, Graham e Bonacum (2004) 70% dos erros nos EUA ocorrem devido a falhas na comunicação, logo os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias de modo a melhorar e a desenvolver competências nesta área.

As recomendações da DGS (2015) remetem-nos para a importância das ações de formação para todos os profissionais de saúde, para a importância do desenvolvimento de competências nas áreas da comunicação, quer entre profissionais e utente/família como entre profissionais de modo a facilitar a comunicação entre serviços. É também importante estimular a notificação dos eventos quer pelos profissionais como também pelos utentes/família e conhecer o feedback dessas notificações.

Na dimensão “abertura na comunicação”, mais uma vez, obteve-se um valor percentual de respostas positivas de 48,8%, constituindo-se então como uma oportunidade de melhoria. Só o estudo de Sousa (2013) aponta para um valor similar com 44%. Os estudos de Eiras (2011), Fernandes e Queirós (2011), DGS (2011a), Peralta (2012), Pimenta (2013), Costa (2014) e DGS (2015), obtiveram valores aceitáveis mas que necessitam de melhoria, uma vez que apresentam percentagens de 53%, 64%, 52%, 57,9%, 63%, 52,7% e 52% respetivamente.

Particularmente, nos EUA, o estudo de Rockville et al. (2016) obteve um valor percentual de 64%, uma vez que se encontra entre 50% e os 75%, segundo Fernandes e Queirós (2011) é considerado aceitável mas necessita de melhoria. Em Espanha, num estudo desenvolvido pelo *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve 47,9% e Gama et al. (2013) obteve 49,4%, considerado estes dados como oportunidades de melhoria. Estes dados encontram-se muito próximo dos valores percentuais considerados aceitáveis, no entanto reforçam a necessidade de dotar os profissionais com

competências na área comunicacional e a necessidade de perceber quais são as formas de melhorar a comunicação entre estes.

A comunicação no seio de uma equipa é um fator fundamental para o sucesso da segurança dos cuidados, pois é difícil “ser-se” uma equipa com objetivos comuns, sem uma comunicação interpessoal eficaz. Esta deve ocorrer sem qualquer tipo de barreiras, num espírito de cooperação e sem medos. Deste modo, o líder de uma equipa tem um papel primordial na promoção de competências comunicacionais no seio da equipa, na disponibilização e facilitação das vias de comunicação e no estímulo para a utilização de linguagem compreensível para todos os envolvidos no processo de comunicação (Fragata, 2012; Santos et al., 2010).

As recomendações da DGS (2015) para esta dimensão passam pela implementação de ações nas áreas consideradas problemáticas nomeadamente através do incentivo à notificação de eventos. É fundamental o desenvolvimento de competência dos profissionais nas áreas da comunicação, da liderança e do trabalho de equipa e, ainda, na área da formação de modo a instituir uma cultura de aprendizagem e uma maior adesão dos profissionais às medidas implementadas para a redução dos eventos adversos.

A “frequência de notificação de eventos” foi outra dimensão estudada onde se obteve o segundo percentual de respostas positivas mais baixas deste estudo com uma percentagem de 17,1%, sendo claramente uma oportunidade de melhoria. Resultados semelhantes foram obtidos, embora com valores mais altos, nos estudos de Eiras (2011), Fernandes e Queirós (2011), DGS (2011a), Peralta (2012), Sousa (2013), Costa (2014) e DGS (2015), com os respetivos valores, 39%, 33%, 44%, 28,24%, 28,1%, 36,1% e por último, 37%. No que concerne a esta dimensão, frequência de notificação de eventos, somente o estudo de Pimenta (2013) obteve um valor aceitável mas que carece de melhoria com 51%.

Internacionalmente, nos EUA no estudo desenvolvido por (Rockville et al., 2016) obteve um valor percentual de 67% considerado aceitável. Em Espanha, *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009), obteve 46,9% e Gama et al. (2013) obteve também um valor considerado oportunidade de melhoria com 44,8%.

Estes valores denotam a necessidade de melhoria na notificação de eventos por forma a atingir valores aceitáveis. Assim, torna-se fundamental começar a divulgar os erros com transparência e não com secretismos (Fragata, 2010). No entanto, esta dificuldade dos profissionais na participação do erro está a começar a diminuir, o que talvez se deva à criação da plataforma NOTIFICA, onde os profissionais, bem como os utentes, têm a

oportunidade de efetuarem de forma anónima a participação dos erros. Segundo dados da plataforma da DGS (2016), até ao final de Setembro de 2016 já existiam 2627 participações efetuadas por profissionais e 204 por cidadãos. Tem-se observado ao longo dos anos, uma maior adesão à notificação de erros. Torna-se agora fundamental continuar a implementar medidas que levem à sensibilização dos profissionais para a notificação dos eventos, à desmitificação da culpabilização/represálias e à implementação de medidas que levem à diminuição desses eventos.

As recomendações da DGS (2015) remetem-nos para a criação de uma cultura de notificação de eventos de modo a conhecer-se a realidade dos serviços e consequentemente facilitar a implementação de medidas que levem à sua redução ou extinção.

Na dimensão “trabalho entre unidades” obteve-se um percentual de respostas positivas de 35,3%, sendo uma oportunidade de melhoria. Este resultado vai de encontro ao obtido no estudo de Sousa (2013), que obteve um valor percentual de 35%. Já o estudo realizado pela DGS (2015) obteve 48%, por Peralta (2012) 46,78% e por Eiras (2011) com 45%. Os estudos da DGS (2011a) e de Pimenta (2013) obtiveram valores considerados aceitáveis, tendo obtido, 51% e 61% respetivamente. No estudo de Fernandes e Queirós (2011) e de Costa (2014) obteve-se um percentual de respostas positivas de 79% e 77,0%, respetivamente, sendo considerado um ponto forte da cultura de segurança do doente hospitalizado.

A nível internacional, em Espanha, o estudo desenvolvido pelo *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve 42,1% sendo uma oportunidade de melhoria, tendo-se o mesmo verificado no estudo de Gama et al. (2013) onde obtiveram 41,2%. Já Rockville et al. (2016) obteve, num estudo realizado nos EUA, um valor percentual de 61% considerado aceitável mas carecendo de melhoria.

Para um trabalho salutar entre serviços/unidades e para o sucesso dos cuidados de saúde a comunicação entre os profissionais e os utentes e entre os profissionais é essencial. Se esta não for estabelecida de uma forma eficaz, por exemplo, nas mudanças de turno, transferências ou altas, a continuidade de cuidados de saúde pode ficar comprometida (Santos et al., 2010).

Num estudo realizado num hospital em Lisboa em 2009 verificou que 93% dos enfermeiros consideram a passagem de turno eficaz. As principais barreiras identificadas aquando a passagem de turno foram o cansaço, a distração, as interrupções, o barulho, a falta de condições físicas para a passagem de turno, o rácio enfermeiro/doente, entre outras (Sousa et al., 2013).

Como se pode constatar são diversas as barreiras só na área da comunicação que podem levar ao erro. Deste modo, é fundamental melhorar o trabalho desenvolvido entre diferentes unidades de cuidados através de medidas como evitar as interrupções durante a passagem de turno, o uso da mnemónica ISBAR, o local da passagem de turno ser um local sem ou com pouco ruído, entre outras medidas possíveis (DGS, 2017).

As recomendações da DGS (2015) para esta dimensão passam pelo desenvolvimento de competência dos profissionais nas áreas de comunicação, liderança, trabalho em equipa e formas de trabalhar em situações de crise. É também fundamental a criação de parcerias entre serviços e organizações de modo a facilitar a troca de informação através das tecnologias de informação existentes.

Na dimensão “dotação de profissionais” alcançou-se um valor percentual de respostas positivas de 34,2%, o que vai de encontro a todos os estudos analisados nomeadamente Eiras (2011) com 41%, Fernandes e Queirós (2011) com 46%, DGS (2011a) com 47%, Peralta (2012) com 38,78%, Sousa (2013) com 34,5%, Pimenta (2013) com 45%, Costa (2014) com 26,9% e DGS (2015) com 34%, pois todos obtiveram valores percentuais abaixo dos 50%, classificando assim esta dimensão como uma oportunidade de melhoria.

Em estudos internacionais nomeadamente em Espanha, *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve 27,6%, sendo claramente uma oportunidade de melhoria, tendo-se obtido um valor semelhante (28,2%) no estudo de Gama et al. (2013). Já nos EUA, no estudo de Rockville et al. (2016) obteve um valor percentual de 54% sendo assim uma classificação considerada aceitável mas carecendo na mesma de melhoria.

Face às características da nossa população, os métodos de organização de trabalho, as tecnologias de saúde existentes, entre outros fatores torna-se necessário a criação de um modelo de organização de recursos humanos e materiais de modo a poder ter uma dotação de profissionais de forma correta para a prestação de cuidados de saúde com qualidade e segurança (Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro da OE, 2014). Sabe-se, segundo o autor referido anteriormente, que a escassez de enfermeiros está relacionada com a diminuição da qualidade/segurança dos cuidados, para além de aumentar o risco de incidentes e/ou eventos adversos. Assim, em 2011, a OE criou um “Guia de Recomendações para o cálculo da Dotação de Enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde – Indicadores e valores de referência”, mas que teve pouco impacto. Assim, em 2014 elaborou-se uma norma para o cálculo de dotações seguras para os cuidados de enfermagem (OE, 2014).

No estudo de Fernandes (2014) verificou-se que 59% dos enfermeiros referem que trabalham demasiado depressa e sobre pressão embora 46% referem que não sacrificam a segurança do doente. Logo, há um grande trabalho a desenvolver a fim de instituir e respeitar as dotações seguras dos enfermeiros a fim de haver maior disponibilidade e empenhamentos destes para a prestação dos cuidados com segurança e qualidade.

As recomendações da DGS (2015) para esta dimensão passam pela correta dotação dos profissionais tendo em conta cada serviço e suas especificidades assegurando sempre uma dotação mínima que garanta a segurança dos doentes. Deve-se também apostar no desenvolvimento de competência dos profissionais nas áreas da comunicação, liderança e trabalho em equipa.

Quanto à dimensão "transições", que remete para a transmissão de informação, obtivemos um valor percentual de respostas positivas de 53,3%, o que é um valor considerado aceitável mas que carece de melhoria. Este resultado vai de encontro aos estudos de Eiras (2011) com 53%, Fernandes e Queirós (2011) com 71%, DGS (2011a) com 59%, Peralta (2012) com 54,48%, Pimenta (2013) com 59% e DGS (2015) com 53%. Nos estudos de Sousa (2013) e Costa (2014) obtiveram valores percentuais abaixo dos 50%, considerados oportunidade de melhoria com 34,5% e 39,2% respetivamente.

Em Espanha, no estudo desenvolvido por *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve 53,7% nesta dimensão e o estudo de Gama et al. (2013) obteve 50,8%, estando ambos considerados aceitáveis. Já no estudo de Rockville et al. (2016), nos EUA, obteve-se 48%, sendo considerado uma oportunidade de melhoria.

A comunicação é uma das possíveis causas que levam à ocorrência do erro. Esta pode acontecer quer na comunicação entre profissionais como na comunicação entre profissionais e utentes. Desta forma, segundo Santos et al. (2010), torna-se essencial que a transmissão de informação para os utentes seja efetuada de forma clara, sem ambiguidades e de acordo com o grau de compreensão e memorização do doente, certificando-se sempre que este compreendeu e memorizou. Já na comunicação entre os profissionais, segundo as mesmas autoras os erros da comunicação entre os profissionais prendem-se com a grande complexidade de informação que é transmitida nas transições, como passagens de turnos e transferências de doentes. Os principais erros detetados são, entre outros, devido à existência de ruídos ou interrupções aquando a transmissão de informação, o esquecimento de alguns dados de informação

e falta de precisão dos dados transmitidos, sendo este fator mais verificado nos profissionais com mais experiência profissional.

Assim, as recomendações da DGS (2015) para esta dimensão remetem-nos para mais uma vez, para o desenvolvimento de competência nas áreas da comunicação, liderança e trabalho em equipa pelos profissionais de saúde tendo em atenção alguns momentos de grande vulnerabilidade como as passagens de turno, transferências e alta.

Deste modo, deve-se dotar os profissionais de saúde de tempo para estes momentos de transferência de informação, sem ruídos nem interrupções de modo a ser possível uma transmissão eficaz e ao mesmo tempo permitir o feedback de quem recebe a informação.

Na dimensão “resposta ao erro não punitiva” obteve-se o valor percentual de resposta positiva mais baixo deste estudo com somente 16,3%, sendo claramente uma oportunidade de melhoria, ou seja, necessita de uma rápida intervenção.

Todos os estudos analisados obtiveram resultados abaixo dos 50%, nomeadamente Eiras (2011) com 23%, Fernandes e Queirós (2011) com 30%, DGS (2011a) com 41%, Peralta (2012) com 23,1%, Pimenta (2013) com 33%, Sousa (2013) com 21,2%, Costa (2014) com 25,4% e DGS (2015) com 26%.

Internacionalmente, o estudo de *Ministerio de Sanidad y Política Social* (2009) obteve o percentual de respostas positivas de 52,9% e Gama et al. (2013) com 52,5%, sendo ambos os estudos considerado aceitável. Nos EUA, num estudo desenvolvido por Rockville et al. (2016) obteve um valor percentual de 45%, considerada assim uma oportunidade de melhoria.

Pela análise dos resultados obtidos, verificámos que ainda existe uma cultura de culpabilização, como referido por Sousa (2006b), e que quando o erro ocorre existe uma centralização na pessoa que comete o erro e não sobre o próprio erro em si. Desta forma, é necessário implementar medidas que levem à desmitificação do erro e que promovam o seu relato. E ao mesmo tempo, o desenvolvimento de uma cultura de diálogo e discussão entre as equipas sem o medo da culpabilização. Desta maneira, as equipas tornam-se mais capazes de desenvolver momentos de aprendizagem.

Indo de encontro ao referido anteriormente, segundo Leape como referido por Ministério da Saúde et al. (2014), complementa defendendo que os eventos adversos não são resultado de maus profissionais de saúde mas sim de sistemas mal organizados. Assim, o erro deve focar-se nas circunstâncias e não na pessoa que o causou, abandonando progressivamente a cultura de culpabilização para uma cultura de aprendizagem. Deste

modo é fundamental a transparência do sistema, sendo cada vez mais o utente um participante ativo dos seus cuidados, assim como o foco da atenção dos profissionais. Desta forma, os cuidados de saúde devem ser prestados por profissionais de saúde que sejam capazes de trabalhar em equipa em prol do bem comum e a comunicação entre gestão e profissionais deve ser bilateral.

Para além disso, na maioria das vezes torna-se impossível a eliminação do erro pois este está inerente à condição humana, segundo Reason (2000), mas podemos adotar medidas que levem à sua redução como a adoção de práticas mais seguras, estabelecimento de rotinas, uso de *check-list*, utilização de equipamento semelhantes, adoção de medidas que nos permitam reconhecer rapidamente medicamentos com ampolas e fonética semelhante, aplicação de pulseiras nos doentes de fácil leitura, entre outras medidas possíveis (Fragata, 2012; Ramos & Trindade, 2011).

No estudo de Fernandes (2014) verificou que ainda existe uma cultura de culpabilização e punição face ao erro o que não permite uma maior adesão dos enfermeiros na notificação dos eventos. Assim é urgente investir-se nesta área pois compromete gravemente a melhoria dos cuidados e da própria cultura de segurança do doente.

Num estudo realizado por Marinho et al. (2013), em que pretenderam identificar a adesão dos profissionais de saúde ao relato dos incidentes e qual o tipo de incidentes relatados ao longo de 11 anos num Centro Hospitalar verificou-se uma adesão crescente dos profissionais face à notificação dos incidentes, sendo os incidentes mais relatados o das quedas, seguido dos dispositivos e equipamentos e posteriormente a medicação.

No estudo de Lima (2011) intitulado Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente verificou-se que os enfermeiros efetuavam mais notificações quando os eventos eram mais graves e identificaram como principais causas do erro as falhas na comunicação e um incorreto rácio enfermeiro/doente.

As recomendações da DGS (2015) para esta dimensão prendem-se com a identificação das áreas problemáticas de modo a implementar-se medidas que levem à diminuição dos eventos adversos, através de atitudes como a notificação dos eventos, ações de formação sobre segurança do doente, o desenvolvimento de uma cultura não punitiva e o incentivo para os profissionais desenvolverem competências nas áreas da comunicação, liderança e trabalho em equipa.

Indo de encontro aos objetivos do presente estudo, pretendemos saber a influência que determinadas variáveis tais como a idade, anos de experiência profissional na prestação

de cuidados, formação em cultura de segurança/gestão de risco e habilitações académicas podem ter influência na perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado.

Relativamente à **hipótese 1**, “a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais idade”, verificamos somente diferenças significativas nas dimensões expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente e dotação de profissionais. Assim, apurou-se que os enfermeiros com mais idade (46 anos ou mais) são os profissionais com uma apreciação mais positiva destas dimensões da cultura de segurança, acreditando que não há necessidade de mais profissionais para a prestação de cuidados com qualidade. Verificou-se, também, que os profissionais com idades compreendidas entre os 36 e 45 anos possuem menos expetativas quanto aos gestores, no sentido de serem reconhecidos ou serem tomados em consideração as suas sugestões para a melhoria da segurança do doente.

Estes resultados vão de encontro ao obtido no estudo de Fernandes e Queirós (2011), uma vez que estes autores verificaram que os enfermeiros mais novos (23-44 anos) têm uma perspetiva menos positiva da cultura de segurança do doente. Observaram (uma diferença percentual de 10%) nos enfermeiros mais novos que consideram a cultura de segurança do doente como um aspeto a melhorar enquanto os enfermeiros mais velhos o consideram muito bom.

Deste modo, relativamente à **hipótese 2**, “a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional”, verificamos que os enfermeiros com mais anos de experiência profissional (13 ou mais) são os que apresentam melhor avaliação da cultura de segurança na dimensão “dotação de profissionais”, única dimensão com significância estatística.

Este dado vai ao encontro do estudo de Fernandes e Queirós (2011), que refere que os profissionais menos experientes são os mais céticos em relação à cultura de segurança. Por outro lado, no estudo de Peralta (2012), verificaram que havia significância estatística na dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão” nos profissionais entre 1 e 2 anos de experiência profissional. Nos estudos de Sousa (2013) e Costa (2014) verificou-se que não havia relação entre a cultura de segurança do doente e os anos de experiência profissional.

Assim, quanto à **hipótese 3**, “a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros que efetuaram formação em cultura de segurança/gestão de risco”, verificámos que os enfermeiros que efetuaram formação são os que apresentam níveis mais elevados de perceção sobre cultura de segurança somente na dimensão trabalho em equipa, sendo

que os profissionais com formação em cultura de segurança/gestão de risco acreditam que há apoio entre os profissionais e interajuda.

Estes dados vão ao encontro ao obtido no estudo de Costa (2014) em que se verificou que os profissionais que fizeram formação em segurança do doente/gestão apresentam uma cultura de segurança mais forte na maioria das dimensões, incluindo a dimensão trabalho em equipa.

Relativamente à **hipótese 4**, “a cultura de segurança é mais forte nos enfermeiros com mais habilitações académicas”, verificámos que os enfermeiros com pós-licenciatura foram os que apresentaram níveis mais elevados de perceção de cultura de segurança na dimensão aprendizagem organizacional – melhoria contínua, o que nos permite afirmar que os profissionais com pós-licenciatura estão mais sensibilizados e capacitados para perceberem a importância de uma cultura de aprendizagem nas organizações de saúde.

Em suma, analisando globalmente as doze dimensões verificamos que este estudo apresentou em quase todas as dimensões valores percentuais positivas inferiores à grande maioria dos estudos analisados. Este dado pode estar relacionado com as reestruturações de equipamentos e da reorganização dos serviços e das unidades hospitalares que decorria no centro hospitalar no momento da recolha de dados.

Deste modo, verificámos que as dimensões mais positivas neste estudo são “trabalho em equipa”, “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “abertura na comunicação”. Os valores encontrados mostram que a dimensão “trabalho em equipa” apresenta valores percentuais positivos considerados aceitáveis mas que necessitam de melhoria enquanto as outras duas dimensões referidas são oportunidades de melhoria uma vez que apresentam valores percentuais de resposta positiva inferior a 50%.

Os estudos de DGS (2011a), Fernandes e Queirós (2011), Eiras (2011), Peralta (2012), Pimenta (2013), Sousa (2013), Costa (2014) e DGS (2015) também apresentaram a dimensão “trabalho em equipa” como uma das dimensões mais positivas da cultura de segurança do doente hospitalizado, tendo valores aceitáveis nos estudos de Eiras (2011), DGS (2011a), Peralta (2012), Sousa (2013) e DGS (2015). Nas restantes investigações os valores percentuais positivos eram acima dos 75%, considerado ponto forte da cultura de segurança do doente hospitalizado.

Em todos os estudos referidos anteriormente, exceto o presente estudo, também a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” foi a que obteve resultados mais positivos, verificando valores percentuais positivos dentro do aceitável,

ou seja, entre os 50% e os 75%, exceto no estudo de Pimenta (2013) que apresenta valores considerado ponto forte.

No presente estudo e no de Sousa (2013) verificou-se que a dimensão “abertura na comunicação” foi uma dimensão considerada das mais positivas, sendo que no estudo de Sousa (2013) o valor é aceitável e neste estudo é uma oportunidade de melhoria, uma vez que no presente estudo o valor percentual de respostas positivas se encontra abaixo dos 50%.

Outras dimensões consideradas como mais positivas foi a dimensão “percepções gerais sobre a segurança do doente” no estudo de Pimenta (2013) com valores aceitáveis e no estudo de Fernandes e Queirós (2011) a dimensão “transições”.

Em contrapartida, as dimensões com valores percentuais positivas mais baixos neste estudo foram o “apoio à segurança do doente pela gestão”, a “frequência da notificação de eventos” e a “resposta ao erro não punitiva”. Apresentando todas elas valores muito baixos, claramente designadas como oportunidades de melhoria carecendo de uma rápida intervenção. Estes valores mostram que é necessário intervir de forma célere e eficaz nas áreas da notificação do erro e da desmitificação que existe à volta deste. Para além disso, a administração dos Centros Hospitalares também têm que considerar a segurança do doente hospitalizado como uma prioridade da instituição e implementar medidas que o demonstrem.

Todos os estudos que foram referidos ao longo desta discussão também obtiveram valores percentuais mais baixos (abaixo dos 50%) nas dimensões “resposta ao erro não punitiva” e na dimensão “frequência da notificação de eventos”, exceto no estudo de Pimenta (2013), que obteve um valor aceitável nesta última dimensão. A dimensão “apoio à segurança do doente pela gestão”, só no estudo de Fernandes e Queirós (2011) e Sousa (2013) obteve os valores mais baixos que no presente estudo.



## CONCLUSÃO

A cultura de segurança do doente é uma dimensão da qualidade em saúde sendo assim essencial que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, invistam nesta área. Os países dos estados membros da União Europeia, entre estes Portugal, têm investido ao longo das últimas décadas na área da cultura de segurança do doente. A nível da investigação têm-se desenvolvido estudos a fim de conhecer a realidade da qualidade em saúde e da segurança do doente dentro das organizações de saúde, assim como a nível governamental e institucional, o que tem contribuído para a elaboração e implementação de normas, procedimentos e *check-list*.

Sendo a cultura de segurança do doente hospitalizado uma área fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, propusemo-nos a desenvolver este estudo, a fim de conhecer a perceção dos enfermeiros sobre esta temática, do mesmo modo que identificar pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria no que diz respeito à cultura de segurança do doente hospitalizado e saber se a idade, a experiência profissional, formação dos enfermeiros na área da segurança do doente/gestão de risco e as habilitações académicas interferem nessa mesma perceção. Com esta investigação pretendemos dar resposta à questão inicial “Qual a perceção dos enfermeiros do CHBV – unidade de Aveiro acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado?”

Quanto ao objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado podemos constatar que esta classe profissional possui uma baixa perceção da cultura de segurança uma vez que os dados obtidos demonstram que há uma depreciação dos valores face aos estudos analisados neste âmbito e quase todas as dimensões apresentaram valores percentuais de respostas positivas baixas.

Quanto ao objetivo de conhecer a influência de variáveis como a idade, a experiência profissional, a formação em segurança do doente/gestão de risco e as habilitações académicas na perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente hospitalizado apurou-se que a cultura de segurança do doente hospitalizado é mais forte nos enfermeiros com mais anos (acima dos 45 anos) somente nas dimensões “expetativas do supervisor/gestor” e “ações que promovam a segurança do doente e dotação de profissionais”.

Relativamente à cultura de segurança do doente ser mais forte nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional na prestação de cuidados, só é mais forte na dimensão “dotação de profissionais”, sendo os enfermeiros com mais experiência (acima dos 12 anos) os que têm uma maior perceção da cultura de segurança do doente.

No que concerne aos enfermeiros com formação na área da segurança do doente/gestão de risco terem uma perceção da cultura de segurança mais forte verificamos que somente é mais forte na dimensão “trabalho em equipa”, onde os enfermeiros com formação são os que detêm uma maior perceção da cultura de segurança.

Quanto à influência das habilitações académicas na perceção da cultura de segurança dos enfermeiros, conclui-se que é mais forte somente na dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, sendo a perceção da cultura de segurança mais forte nos enfermeiros com mais formação.

Quanto ao propósito de identificar os pontos fortes e os pontos que necessitam de melhoria averiguamos somente a existência de dimensões aceitáveis mas que carecem de melhorias por apresentarem valores percentuais de respostas positivas entre os 50% e os 75% e dimensões que são oportunidades de melhoria, uma vez que apresentam um percentual de respostas positivas inferior a 50%, ou seja, não obtivemos nenhuma dimensão com percentuais de respostas positivas acima dos 75%.

Em virtude dos fatos mencionados, neste estudo apuramos que as dimensões mais positivas são “trabalho em equipa”, “expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “abertura na comunicação”. Os valores encontrados mostram que a dimensão “trabalho em equipa” apresenta valores percentuais positivos considerados aceitáveis mas que necessitam de melhoria enquanto as outras duas dimensões referidas são oportunidades de melhoria.

Deste modo, nenhuma dimensão foi considerada como ponto forte da cultura de segurança, embora em dois itens da dimensão “trabalho em equipa” é que verificamos este percentual, sendo os itens “neste serviço/unidade os profissionais se entretajudam-se” e “quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer”, os que alcançaram valores percentuais de resposta positiva superior a 75%, considerados assim como pontos fortes deste estudo.

Sob outra perspetiva, no que diz respeito a oportunidades de melhoria, 10 das 12 dimensões da cultura de segurança do doente hospitalizado obtiveram valores percentuais de respostas positivas mais baixas, destacando-se as dimensões “resposta

ao erro não punitiva”, “frequência da notificação de eventos” e “apoio à segurança do doente pela gestão” que obtiveram valores percentuais de respostas positivas abaixo dos 20%, sendo assim emergente apostar nestas áreas.

Face aos resultados obtidos torna-se imperativo assegurar a existência de uma cultura de aprendizagem e não de punição, deixando de se centrar na pessoa que comete o erro mas sim nas circunstâncias em que o erro ocorre. Para além disso, deve-se apostar na importância de desenvolver estratégias que levem os profissionais a aderirem ao sistema de notificação de eventos implementado a nível nacional. Tendo em conta que no estudo verificamos que quase todos os enfermeiros não efetuaram nenhum relatório de ocorrência de eventos nos últimos 12 meses é sinal que muito se terá de investir nesta temática.

Para além do referido anteriormente, devem-se implementar medidas que promovam uma maior proximidade entre os gestores e os enfermeiros, pois, por um lado os gestores ficam mais cientes das principais dificuldades dos profissionais na prestação de cuidados e da sua realidade de trabalho e por outro lado, os enfermeiros sentem-se como elementos de uma equipa multidisciplinar da instituição e ao mesmo tempo um participante ativo na tomada de decisão.

Outra medida passa pela promoção de ações de formação no âmbito da segurança do doente/ gestão de risco, pois no estudo, a generalidade dos enfermeiros estão interessados nesta temática, pois a maioria já tem formação mas gostaria novamente de frequentar, considerando assim uma tema pertinente e fundamental para a práticas de cuidados de enfermagem. Como também é essencial investir na área da comunicação quer através de formação como no desenvolvimento de competências comunicacionais nos enfermeiros pois esta está no cerne dos cuidados de enfermagem e está relacionada com as principais causas associadas à ocorrência de eventos quer nas transmissões de informação.

Para além disso, torna-se indispensável proporcionar meios para o desenvolvimento do espírito de equipa entre os diversos profissionais de saúde dentro da instituição/serviço, dado que só assim e com uma comunicação eficaz se estabelecerá um clima de aprendizagem onde se sintam capazes de falar sobre o erro e partilhar os conhecimentos sobre este.

Importa referir, ainda, que as limitações deste estudo prendem-se não só com o tamanho da amostra, pois não representa todos os enfermeiros do Centro Hospitalar de igual modo, mas também com o facto de o estudo ser restrito somente a uma classe profissional dentro de uma instituição com diversas profissões, impedindo assim de

efetuar generalizações dos dados obtidos quanto ao papel da gestão dentro da organização.

Também se verificou aquando a realização do estudo, que na instituição estava em curso um conjunto de reestruturações, havendo assim muitas mudanças ao mesmo tempo, quer de recursos humanos como materiais. Para além disso, 6 meses antes da realização deste estudo, o mesmo questionário tinha sido aplicado pelo Conselho de Administração do Hospital, o que nos parece que levou a alguma desmotivação por parte dos enfermeiros para colaborarem neste estudo.

Em síntese, importa referir que com o presente estudo não poderemos fazer generalizações uma vez que este estudo prende-se somente com a perceção de uma classe profissional específica enquanto alguns estudos apresentados representam todos as classes profissionais existentes nas instituições. Para além disso, determinadas dimensões tiveram consistências internas baixas, pelo que não representam a população uma vez que não se obteve uma homogeneidade entre os enunciados.

A cultura de segurança do doente hospitalizado tem que ser encarada como algo essencial não só pelos responsáveis pela gestão das organizações de saúde, mas também, por todos os profissionais. Não só pela satisfação dos profissionais por prestarem cuidados com segurança e qualidade como também pelo aperfeiçoar desses mesmos cuidados prestados através do desenvolvimento de competências técnicas e do conhecimento científico. Consequentemente poderemos dar visibilidade do trabalho desenvolvido à comunidade, mostrando que o utente é o nosso principal foco de atenção assim como demonstrando que este é um participante ativo dos seus cuidados.

Face aos dados obtidos parece-nos que há ainda á um longo caminho a percorrer de modo a instituir uma cultura de segurança do doente hospitalizado no contexto onde foi realizado o estudo, principalmente nas áreas da notificação dos eventos, na liderança e dotação de profissionais.

Em síntese, como sugestões para melhorar a cultura de segurança do doente face aos dados obtidos no presente estudo para nós faz sentido a realização de campanhas de sensibilização dos profissionais para a notificação do erro, sem punição; no desenvolvimento de ações de formação sobre temas como cultura de segurança e gestão de risco, comunicação, gestão de conflitos, e trabalho em equipa. De igual modo, deve-se promover medidas que motivem os profissionais e os alertem para a problemática da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, pois só através da sua adesão a estas causas é que as medidas implementadas terão um maior impacto.

Deste modo, como proposta a nível da investigação sugere-se a realização de um novo estudo, desta vez envolvendo todos os profissionais da instituição, a fim de conhecer a realidade mais abrangente, e dentro da classe dos enfermeiros conhecer de que modo as mudanças da instituição influenciaram a sua perceção sobre a cultura de segurança.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. (2013). Reporte de erros das práticas de enfermagem e respetivas medidas preventivas. In Sousa, Serranheira & Sousa-Uva (eds.), *Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>;

Antunes, N. S. (2015). *Notificação de incidentes e segurança do doente: Perceção dos enfermeiros* (Tese de mestrado). Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3239/1/NelsonSerranoAntunes DM.pdf>;

Anvisa. (2013). Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática 1. In Anvisa (Ed.), *Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde* (pp 1-172). Recuperado de [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf);

Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (2009). *Nos 30 anos do SNS governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Recuperado de [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos\\_hospitais\\_-Conclus%C3%B5es\\_finais\\_20\\_07\\_09\\_.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20CI%C3%ADnica%20dos_hospitais_-Conclus%C3%B5es_finais_20_07_09_.pdf);

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora;

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>;

Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: Uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3 – 10. Recuperado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/1-o%20erro%20cl%C3%ADnico.pdf>;

Castilho, A. F. O. M., Parreira, P. M. D., & Martins, M. M. F. P. (2016). Cuidados de Enfermagem e Eventos Adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento RIASE*, 2 (2), 605–623. Recuperado de [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/121/236](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/121/236);

Costa, M. (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro: Perceção dos profissionais* (Tese de mestrado). Recuperado de [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina\\_pronta.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf);

Delgado, M. (2009). A melhoria contínua da qualidade. In: Campos, L., Borges, M. & Portugal, R. (Eds.), *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa Das Letras;

Department of Health. (2000). *An Organisation with a memory*: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Recuperado de <https://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>;

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da Republica: II série, N.º 28 (2015). Recuperado de [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp\\_1400A\\_2015.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf);

Despacho n.º 14223/2009 de 24 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da Republica: II série, N.º 120 (2009). Recuperado de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/17393/Desp142232009QualidSaude1.pdf>;

Despacho n.º 3635/2013 de 7 de Março do Ministério da Saúde. Diário da Republica: II série, N.º 47 (2013). Recuperado de <http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2013/03/0852808529.pdf>;

Despacho n.º 533/2014 de 2 de dezembro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica: II série, N.º 233 (2014) Obtido [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533\\_2014\\_NormaDotacoesSeguras.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf);

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da Republica: II série, N.º 102 (2015). Recuperado de [http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp\\_5613\\_2015.pdf](http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf);

DGS. (2011a). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto*. Recuperado em <http://www.dgs.pt/em-destaque/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-numa-amostra-de-hospitais-portugueses.aspx>;

DGS. (2011b). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>;

DGS. (2012). *Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos* (norma n.º 017/2012). Recuperado de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172012-de-19122012.aspx>;

DGS. (2013a). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais* (norma n.º 025/2013). Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/seguranca-dos-doentes/cultura-de-seguranca.aspx>;

DGS. (2013b). *Sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos* (norma n.º 008/2013). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013.aspx>;

DGS. (2014). *Relatório de progresso de monitorização do SNNIEA – 2013* (norma n.º 002/2014). Recuperado de <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>;

DGS. (2015). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>;

DGS. (2016). *Sistema nacional de notificação de incidentes: Relatório de progresso de monitorização, 3º Trimestre de 2016*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>;

DGS. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (norma n.º 001/2017). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>;

DQS & DGS. (2016). *Sobre a qualidade na saúde e segurança dos doentes 1º Ano do XXI Governo Constitucional*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/qualidade-na-saude-e-seguranca-dos-doentes-pdf.aspx>;

Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M., & Oliveira, F. T. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(1), 144–154. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>;

Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação numa unidade de radioterapia* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>;

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, IM. & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int. J. Health Care Qual. Assur*, 27 (2), 111-122. Doi: [10.1108/IJHCQA-07-2012-0072](https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072);

Fernandes, A. M. M. L. (2014). *Dotação segura em enfermagem e a cultura de segurança: Subsídio para a segurança do doente* (Tese de doutoramento). Recuperado de

[https://www.researchgate.net/profile/Antonio\\_Manuel\\_Fernandes/publication/268791530\\_Dotacao\\_Segura\\_em\\_Enfermagem\\_e\\_a\\_Cultura\\_de\\_Seguranca\\_subsidios\\_para\\_a\\_Seguranca\\_do\\_Doente\\_Safe\\_nursing\\_staffing\\_and\\_safety\\_culture\\_subsidies\\_for\\_patient\\_safety/links/5475a6a20cf2778985aef291.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Manuel_Fernandes/publication/268791530_Dotacao_Segura_em_Enfermagem_e_a_Cultura_de_Seguranca_subsidios_para_a_Seguranca_do_Doente_Safe_nursing_staffing_and_safety_culture_subsidies_for_patient_safety/links/5475a6a20cf2778985aef291.pdf);

Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionado por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência* III (4), 37-48. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004);

Ferreira, M. M. C. (2004). *Formar melhor para um melhor cuidar*. Recuperado de <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wdfiles.com/local--files/desenvolvimento-pessoal-e-profissional/Diapositivo1.JPG>;

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata;

Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel;

Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Rev. Port. Clin. Geral*, 26, 564-570. Recuperado em [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449\\_RevPortCliGeral.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf)

;

Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget;

Fundação Calouste Gulbenkian. (2014). *Um futuro para a saúde. Todos temos um papel a desempenhar*. Recuperado de [https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS\\_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf](https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf);

Gama, Z. A. S., & Saturno, P. J. (2013). A Segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In Anvisa (ed.), *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 29-40). Recuperado de <http://www.um.es/calidadsalud/archivos/capitulo-%20Assistencia%20Segura.pdf>;

Gama, Z. A. S., Oliveira, A. C.S., & Hernandez, P. J. S. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, 29 (2), 283-293. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>;

Harada, M. J. C. S., & Pedreira, M. L. G. (2013). O erro humano e sua prevenção. In Anvisa (ed.), *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp.41-55). Recuperado de [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf);

IOM. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Recuperado de <https://www.nap.edu/download/9728>;

IOM. (2001). *Crossing the quality chasm A new health system for the 21st century*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>;

JCI. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient safety solutions*, 1 (3). Recuperado de <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>;

JCI. (2010). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais* (4ª Ed.) Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde;

Jornal Oficial da União Europeia. (2009). *Recomendação do conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos paciente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_ro.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf);

Lage, M. J. (2010). Segurança do doente : Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11 – 16. Recuperado de [https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca%20do%20doente\\_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca%20do%20doente_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf);

Lage, M. J., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e segurança do doente: Que ganhos podemos esperar? *Tecno hospital*, 22-27. Recuperado de

[http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1718/1/Tecno%20Hospital%202013\\_22.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1718/1/Tecno%20Hospital%202013_22.pdf);

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual. Saf. Health Care*, 13, i85-i90. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/>;

Lima, S. S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* (Tese de mestrado). Recuperado de <https://run.unl.pt/handle/10362/9417>;

Marinho, A., Barata, F., Bordalo, I., Tavares, L., Trindade, L., Lage, M. J., & Ramos, S. (2013). Formação e gestão de risco e segurança do doente. In Sousa, P., Serranheira, F. & Sousa-Uva, A. (Eds.) *Proceedings do 3º Congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente* (pp.47-50). Doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>;

Ministério da Saúde, Comissão Oswaldo & Anvisa (2014). *Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente*. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf);

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Recuperado de [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf);

NHS. (2004). *Seven steps for patient safety: The full reference guide*. Recuperado de <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>;

OE. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enquadramento concetual: Enunciados descritivos. *Divulgar*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>;

OE. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf);

- OE. (2011). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf);
- OE. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma de DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprova do por maioria proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprova_do_por_maioria_proteg.pdf);
- OE. (2016). *OEDATA em: 31-12-2016 Membros ativos*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.pdf);
- OECD (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: raising Standards*. OECD Publishing, Paris. Doi <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>;
- Peralta, T. (2012). *Segurança do doente: Perspetiva dos profissionais de um hospital da região centro* (Tese de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>;
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo;
- Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Tese de mestrado). Recuperado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2929>;
- PNS. (2011). *Estratégias para a saúde III.3) eixos estratégicos – qualidade em saúde (versão discussão): Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/2011/02/08/pns-qualidade/>;
- PNS. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpenqine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>;
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel;
- Polit, D., Beck, C.T., & Bernadette, P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed). Porto Alegre: Artmed;

Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do Risco: Segurança do Doente em Ambiente Hospitalar. *Tecno Hospital*, 16-20. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>;

Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê relatar? *Tecno hospital*. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1662>;

Reason, J. (2000). Human error : Models and management. *Journal Digest*, 172, 393 – 396. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>;

Reis, F. L. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo bolonha*. Lisboa: Actor;

Rockville, W., Famolaro, T., Yount, N. D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., & Sorra, J. (2016). *Hospital survey on patient safety culture: 2016 User comparative database report*. Recuperado de [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016\\_hospitalsops\\_report\\_pt1.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf);

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*, 42 (2), 156 – 165. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>;

Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente : Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47 – 57. Recuperado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2010-t%20seg%20doente/6-comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>;

Silva, M. G. (Ed.). (2013). *Gestão da qualidade em cuidados de saúde*. Lisboa: Monitor;

Singer, S. J, Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko A. D., Howard, S. K. & Park, K.C. (2003). The culture of safety: Results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*, 12 (2), 112-118. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743680/pdf/v012p00112.pdf>;

Sorra, J. & Nieva, S. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Recuperado de <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf>;

Sousa, A. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Tese de mestrado). Recuperado de

<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/simple-search?query=Avalia%C3%A7%C3%A3o+da+Cultura+de+Seguran%C3%A7a+do+Doente+num+Centro+Hospitalar+da+Regi%C3%A3o+Centro;>

Sousa, P. (2006a). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Nascer e Crescer*, 15 (3), 163 – 167. Recuperado de [http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1184/1/SistemasSaudeSeguranca\\_15-3\\_Web.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1184/1/SistemasSaudeSeguranca_15-3_Web.pdf);

Sousa, P. (2006b). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Medica Portuguesa*, 19, 309 – 318. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/964/637>;

Sousa, P., Serranheira, F. & Sousa-Uva, A. (2013). *Proceedings do 3º congresso internacional de qualidade em saúde e segurança do doente*. Doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>;

Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: Estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Recuperado 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);

Victorian Quality Council. (2010). Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality. In Victorian Quality Council (Ed.), *Victorian Quality Council's project on improving communication among healthcare professionals*. pp. 1 – 12. Recuperado de <http://docshare04.docshare.tips/files/22228/222285279.pdf>;

Vogus, T. J., Sutcliffe, K. M., & Weick, K. E. (2010). Doing no harm : Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in healthcare. *Academy of Management Perspectives*, 24 (4), 60 – 77. Recuperado de [https://www.jstor.org/stable/29764991?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/29764991?seq=1#page_scan_tab_contents);

WHO (2008). *Summary of the evidence on patient safety: Implications for research*. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf?ua=1);

WHO. (2004). *Alliance for patient safety*. Recuperado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>;

WHO. (2013). *Health 2020: A european policy framework and strategy for the 21st century*. Recuperado de

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1);

Yang, C., Wang, Y., Chang, S., Guo, S., & Huang, M. (2009). A Study on the leadership behavior, safety culture, and safety performance of the healthcare industry. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering*, 3 (5), 1148 – 1155. Recuperado de <http://waset.org/publications/6106/a-study-on-the-leadership-behavior-safety-culture-and-safety-performance-of-the-healthcare-industry>.

**ANEXOS**



## **ANEXO I**

Instrumento de colheita de dados



# PRIMEIRA PARTE - QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM HOSPITAIS

(Traduzido e Validado por: Doutora Margarida Eiras - Adaptado)

Chamo-me Rachel Freire, sou enfermeira e encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cujo tema de dissertação é **Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do doente hospitalizado**, sob orientação da Professora Conceição Baia.

A segurança dos doentes é atualmente reconhecida como um componente de extrema relevância no que se refere à Qualidade em Saúde. Com este questionário pretende-se conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, da ocorrência de erros de medicação e da notificação de eventos/ocorrências adversas.

Solicita-se que expresse a sua opinião pessoal na certeza de que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:** Este questionário demorará entre 10 a 15 minutos a responder.

Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

## SECÇÃO A: Caracterização Sociodemográfica

1 – **Sexo:**  Feminino  Masculino      2 – **Idade:** \_\_\_\_ anos

3 – **Alguma vez tinha respondido a este questionário?**  Sim  Não

4 – **O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?**  Sim  Não

5 – **No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?**  Sim  Não

6 – **Habilitações Académicas:**

- Licenciatura
- Pós- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro \_\_\_\_\_

7 – **Experiência no serviço/unidade:**

- < 6 meses       6 a 11 meses
- 1 a 2 anos       3 a 7 anos
- 8 a 12 anos       13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

8 – **A sua unidade assistencial neste hospital é:**

- Medicina
- Cirurgia
- Ortopedia
- Especialidades Médicas
- Especialidades Cirúrgicas
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9 – **Experiência profissional na prestação de cuidados**

- < 6 meses     6 a 11 meses     1 a 2 anos     3 a 7 anos     8 a 12 anos     13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

10 – **Experiência na Instituição**

- < 6 meses     6 a 11 meses     1 a 2 anos     3 a 7 anos     8 a 12 anos     13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

11 – Alguma vez frequentou formação relativa à segurança do doente/ gestão do risco?

Sim  Não

12 – Se tivesse oportunidade, frequentaria formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde?

Sim  Não

**SECCÃO B: O seu Serviço/unidade de trabalho**

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada:

**1-Discordo fortemente    2-Discordo    3-Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente**

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se	<input type="radio"/>				
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	<input type="radio"/>				
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	<input type="radio"/>				
4. Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	<input type="radio"/>				
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	<input type="radio"/>				
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do	<input type="radio"/>				
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	<input type="radio"/>				
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	<input type="radio"/>				
9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	<input type="radio"/>				
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste	<input type="radio"/>				
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	<input type="radio"/>				
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	<input type="radio"/>				
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>				
14. Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado	<input type="radio"/>				
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	<input type="radio"/>				
16. Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	<input type="radio"/>				
17. Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	<input type="radio"/>				
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	<input type="radio"/>				

**SECÇÃO C: O seu superior hierárquico**

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada:

1-Discordo fortemente    2-Discordo    3-Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>				
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>				
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>				
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>				

**SECÇÃO D: Comunicações**

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada:

1-Discordo fortemente    2-Discordo    3-Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>				
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	<input type="radio"/>				
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	<input type="radio"/>				
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>				
5. Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>				
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>				

**SECÇÃO E: Frequência da notificação de eventos/ocorrências**

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada:

1-Nunca    2-Raramente    3-Por vezes    4-A maioria das vezes    5-Sempre

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>				
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>				
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>				

## SECÇÃO F: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)

- Excelente       Muito Boa       Aceitável       Fraca       Muito Fraca

## SECÇÃO G: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital. Utilize para isso a escala indicada:

**1-Discordo fortemente    2-Discordo    3-Não concordo nem discordo    4-Concordo    5-Concordo fortemente**

	1	2	3	4	5
1. A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>				
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com	<input type="radio"/>				
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>				
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>				
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>				
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>				
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>				
8. As ações da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>				
9. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>				
10. Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>				
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o	<input type="radio"/>				

## SECÇÃO H: Número de eventos/ocorrências notificados

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?  
(Escolha apenas UMA resposta)

- Nenhum       1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências  
 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências       6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências  
 11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências       21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências

## **ANEXO II**

Autorização para a utilização do questionário Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado



# Re: Pedido Autorização para aplicação do questionário

Margarida Eiras

dom 30-03-2014, 16:03

Você;

ana escoval (anaescoval@netcabo.pt)

ATeseProjeto

boa tarde

é com satisfação que autorizamos a utilização do questionário HSPSC no seu trabalho de mestrado do qual também gostaríamos de ter acesso aos resultados.

Bom trabalho,

---

**MARGARIDA EIRAS**, PhD

Departamento CTRBS

Tlf: +351 218 980 400 ext. 551

Em 2014-03-29 17:38, Rachel Freire escreveu:

> Exma. Sra. Doutora **Margarida Eiras**

>

> Chamo-me Rachel Freire, sou enfermeira no Centro Hospitalar do Baixo

> Vouga – Unidade de Aveiro e estou a frequentar o Mestrado em

> Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de

> Coimbra, sendo o tema da minha dissertação do mestrado a Percepção

> dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança e do Erro do

> Medicamento, tendo como orientadora da dissertação a Professora

> Conceição Baia.

>

> Assim, solicito autorização para a aplicação do questionário

> "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais",

> traduzido do original \_Hospital Survey on Patient Safety Culture\_ da

> Agency for Health Research and Quality (AHRQ), validado por si para a

> população portuguesa.

>

> Também aproveito para solicitar informação sobre a consistência

> interna do referido instrumento, informação esta que terei de

> apresentar na metodologia do meu estudo.

>

> Com os melhores cumprimentos

>

> Rachel Freire



## **ANEXO III**

Autorização da administração do CHBV para a aplicação do instrumento de colheita de dados



CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO  
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)  
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro  
Capital Social 40.284.651 €  
Pessoa Colectiva n° 510 123 210

Ex.ma Senhora  
Enf.ª Rachel Nunes Freire

S/ Ref.ª	S/ Comunicação de	N/ Ref.ª	Aveiro,
	20-06-2014	054468	01-07-2014

**ASSUNTO: Pedido para aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem.**

Na sequência do pedido para aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem no âmbito do IV Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vimos informar que está autorizado.

Quando for dado por concluído o estudo, deverá ser enviado um relatório final à Comissão de Investigação, Formação e Inovação em Enfermagem deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Diretor



(Mestre Carlos Jorge Simões)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

GM.

