



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO - CIRÚRGICA

**Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos
Enfermeiros**

Anabela de Jesus Pereira

Coimbra, *dezembro*



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO - CIRÚRGICA

**Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos
Enfermeiros**

Anabela de Jesus Pereira

**Orientadora: Professora Mestre Isabel Maria Henriques Simões,
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra**

**para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Coimbra, *dezembro*

DEDICATÓRIA

A todos que me acompanharam neste percurso e que não me deixaram desistir quando tantas vezes o quis fazer... sem vocês não teria conseguido!

AGRADECIMENTO

Este percurso foi sem dúvida difícil e com muitas interrupções pelo caminho. Percorrer-lo foi para mim um desafio, e apesar de ser um objetivo pessoal não foi um desafio solitário.

Espero que este agradecimento consiga transmitir o quanto foi importante ter-vos a caminhar comigo e vos abrace.

À Professora Orientadora Isabel Simões pelo apoio, pela insistência, pela motivação, pela disponibilidade, pela crítica construtiva e assertiva, pela partilha de saberes, por me manter focada no objetivo.

À Instituição que permitiu a recolha de dados, e em particular às enfermeiras chefes que colaboram na distribuição e recolha dos questionários.

Aos meus colegas que participaram no estudo, pela disponibilidade de tornarem este trabalho possível.

A vocês que estão sempre comigo, que caminham a meu lado e que me fazem feliz, somos uma bela equipa. Tenho imenso orgulho em vocês.

Aos meus pais, pelo seu apoio incondicional, por serem um exemplo, uma motivação e por me mostrarem que as dificuldades vencem-se.

Ao Francisco e ao Gonçalo porque somos “*muita fixes*”

LISTA DE SIGLAS

CHMT- Centro Hospitalar Médio Tejo

CISD- Classificação Internacional de Segurança do Doente

DGS- Direção Geral de Saúde

EAs- Eventos Adversos

EAAPE- Escala Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem

EPIS – Equipamentos de Proteção Individual

EPUAP- *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

H- Hipótese

IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN- *International Council of Nurses*

IOM- *Institute of Medicine*

JCAHO *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

OCDE- Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

NPUAP- *American National Pressure Ulcer Advisory Panel*

NDNQI- *Database of Nursing Quality Indicators*

SEIPS- *Systems Engineering Initiative for Patient Safety*

UPP- Úlceras por Pressão

RESUMO

Nas duas últimas décadas tem havido uma exponencial preocupação com a segurança do doente, numa perspetiva desta se assumir como uma componente estruturante e uma variável incontornável da crescente exigência de qualidade em saúde. A segurança do doente tem sido o centro das atenções das políticas de saúde e uma prioridade por parte de múltiplos organismos. É fulcral que se aceite a ocorrência de EAs como uma realidade que se conheça os fatores que estão na sua origem, pois só assim se desenvolvem intervenções preventivas promotoras de cuidados de qualidade. O estudo desenvolvido teve como base os seguintes objetivos: analisar a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento e as práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes; analisar a perceção dos enfermeiros sobre o risco e a ocorrência dos eventos adversos; analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes e algumas variáveis socioprofissionais; analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e algumas variáveis socioprofissionais.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. A colheita de dados foi realizada por questionário aplicado a 87 enfermeiros que exerciam funções num centro hospitalar da região centro, em duas unidades hospitalares diferentes, em serviços de internamento de medicina e cirurgia. O instrumento utilizado foi a escala Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) sendo constituído pela subescala práticas de enfermagem e pela subescala eventos adversos. Os resultados do estudo revelaram que no global os enfermeiros revelam uma boa perceção do cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de eventos adversos e, menor perceção de ocorrência/risco de EAs nas dimensões delegação inapropriada, défice de advocacia e erros de medicação. Relativamente à subescala das práticas de enfermagem, a perceção de cumprimento de práticas de enfermagem preventivas está relacionada com a idade, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, tipo de serviço onde desempenham funções e terem ou não frequentado formação acerca de eventos adversos. Na subescala dos EAs verificou-se que a perceção de ocorrência/risco de EAs está relacionada idade, habilitações profissionais e o local onde exercessem funções.

Palavras – chave: Práticas Preventivas, Eventos Adversos, Segurança do doente

ABSTRACT

In the last two decades there has been an exponential concern with patient safety, in a perspective of it becoming a structuring component and an essential variable of the growing demand for quality in health care. The safety of the patient has been the centre of attention of health policies and a priority on the part of multiple organisms. It is crucial that the occurrence of adverse events is accepted as a reality, studying which factors are in its origin, because only this way develop preventive interventions that quality care.

The study carried out was based on the following objectives: to analyse the perception of nurses about the compliance and the nursing practices associated with patient safety; to analyse the perception of nurses about the risk and occurrence of adverse events; to analyse the relationship between the perception of nurses about the compliance of nursing practices associated with the safety of the patients and some socio-professional variables; to analyse the relationship between the perception of nurses about the occurrence/risk of adverse events and some socio-professional variables.

A quantitative, descriptive and correlational study was carried out. Data collection was conducted through a questionnaire applied to 87 nurses who were exercising functions in a Hospital Centre of the centre region, in two different hospital units, in the medicine and surgery inpatient services. The instrument used was the Adverse Events Associated with Nursing Practices scale being constituted by the subscale nursing practices and by the subscale adverse events. The results of the study have shown that on the whole the nurses reveal a good perception of the compliance with preventive nursing practises the adverse events, and a minor perception of occurrence/risk of adverse events in the dimensions of inappropriate delegation, deficit of advocacy and medication errors. With regard to the subscale of nursing practices, the perception of compliance with preventive nursing practices is related to age, professional qualifications, time of professional practise, and type of service where they perform functions and may or may not have attended training. In the adverse events subscale it was found that the perception of occurrence/risk of AE is related to age, professional qualifications and the place where they perform their duties.

Keywords: Preventive Practices, Adverse Events, Patient Safety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Consistência interna das subescalas e das respectivas dimensões da escala EAAPE.....	54
Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra.....	57
Tabela 3 – Características profissionais da amostra.....	58
Tabela 4 – Distribuição dos elementos da amostra segundo a realização de formação sobre EAs associados à prática de enfermagem.....	59
Tabela 5 - Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as dimensões da subescala práticas de enfermagem.....	62
Tabela 6 – Distribuição dos elementos da amostra nas dimensões da subescala dos eventos adversos.....	64
Tabela 7 – Medidas de tendência central para as dimensões e global das subescalas da escala EAAPE.....	66
Tabela 8 – Distribuição dos elementos da amostra segundo as frequências nos 2 itens da escala EAAPE de percepção geral da ocorrência de eventos adversos	67
Tabela 9 – Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e a idade dos enfermeiros.....	68
Tabela 10 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para a comparação do global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função do sexo dos enfermeiros.....	68
Tabela 11 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função das habilitações profissionais dos enfermeiros.....	69
Tabela 12 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função da categoria profissional dos enfermeiros...	70
Tabela 13 – Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros.....	71
Tabela 14 – Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e o serviço onde desempenham funções.	72
Tabela 15 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função de ter frequentado formação na temática....	73

Tabela 16 - Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> entre o global e a subescala eventos adversos e a idade dos enfermeiros.....	74
Tabela 17 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para o global e dimensões da subescala EAs em função do sexo dos enfermeiros.....	75
Tabela 18 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para o global e dimensões da subescala EAs em função do sexo dos enfermeiros.....	76
Tabela 19 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para o global e dimensões da subescala EAs em função das habilitações profissionais dos enfermeiros.....	77
Tabela 20 – Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> o global dimensões da subescala EAs e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros.....	78
Tabela 21 – Correlações bivariadas de <i>Spearman</i> o global dimensões da subescala EAs e o serviço onde desempenham funções.....	78
Tabela 22 – Teste U de <i>Mann-Whitney</i> para o global e dimensões da subescala EAs em função do facto do enfermeiro ter frequentado formação na temática dos eventos adversos.....	79

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO	17
1 – SEGURANÇA DO DOENTE	21
1.1 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COMO ATIVIDADE DE RISCO.....	22
1.2 – O RISCO CLÍNICO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	26
1.3 – ERROS, INCIDENTES E ACIDENTES.....	28
1.4– ERRAR, UM PROCESSO.....	31
1.5– OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS, SUAS VARIÁVEIS.....	33
2 – OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM	37
2.1 – FALHAS NA VIGILÂNCIA DOS DOENTES/ JULGAMENTO CLÍNICO.....	39
2.2 – DÉFICE NA ADVOCACIA DOS DOENTES.....	40
2.3	–
QUEDAS.....	40
2.4 – ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	41
2.5 – ERROS DE MEDICAÇÃO	42
3 – METODOLOGIA	45
3.1 – TIPO DE ESTUDO.....	46
3.2 – QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	46
3.3 – VARIÁVEIS E HIPÓTESES EM ESTUDO.....	47
3.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
3.5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	50
3.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS.....	54
4 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS	57

4.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA AMOSTRA.....	57
4.2- PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E CUMPRIMENTO DE NORMAS PREVENTIVAS DE EAs ASSOCIADOS ÀS PRATICAS DE ENFERMAGEM E PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA OCORRÊNCIA /RISCO.....	59
4.3- RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRÊNCIA DE EAs E ALGUMAS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS.....	67
4.4 RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs E ALGUMAS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS.....	74
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	81
5.1 – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRÊNCIA DE EAs.....	83
5.2 – PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs.....	87
5.3 -RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO QUE OS ENFERMEIROS TÊM SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRENCIA DE EAs E ALGUMAS CARATERISTICAS SOCIOPROFISSIONAIS.....	89
5.4 - RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DE OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs E ALGUMAS CARATERISTICAS SOCIOPROFISSIONAIS.....	94
CONCLUSÃO.....	99

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário Socioprofissional e Escala de Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem

APÊNDICE II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMT para aplicação dos questionários

INTRODUÇÃO

A investigação científica permite-nos resolver problemas relacionados com o conhecimento dos fenómenos do mundo em que vivemos, é um método de aquisição de conhecimentos, uma forma sistemática de alcançar respostas para questões que necessitem de investigação (Fortin, 2000).

Este relatório de investigação é o culminar da implementação do projeto anteriormente desenvolvido. Decorre da abordagem da unidade curricular Investigação em Enfermagem Médico - Cirúrgica contemplado no VI Curso de Pós - Licenciatura de Especialização.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) relativamente às competências do enfermeiro especialista, no domínio das aprendizagens profissionais, este desenvolve autoconhecimento e assertividade baseando a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos. Assim, é evidente a importância de desenvolver estudos de investigação em enfermagem geradores de conhecimentos, de forma a otimizar os cuidados à pessoa e reforçando o papel formativo que deve assumir no seio da equipa multidisciplinar. Nesta perspetiva o desenvolvimento deste projeto assume ainda maior importância.

O estudo acerca das práticas preventivas e a ocorrência de eventos adversos associados à prática de enfermagem foi durante muito tempo centrada na descoberta do “culpado” e sua punição, gerando sentimentos de culpa, vergonha e medo. Este facto contribuiu significativamente para a sua omissão, perdendo-se a possibilidade de analisar e implementar medidas que possam prevenir ou diminuir a sua ocorrência. Atualmente cultiva-se uma cultura de qualidade dos cuidados prestados ao utente, para a qual concorre a promoção da segurança.

Também o processo de acreditação hospitalar, iniciado nos anos 90, que conhecemos das nossas instituições, tornou princípio básico e orientador dos processos de certificação de qualidade, a gestão dos riscos em cada instituição de saúde. De acordo com Uva, Sousa e Serranheira (2010) só se pode prevenir o que se conhece, apontando ainda que as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais variam entre 4% e 16% com impacto clínico, económico e social, considerando-se que cerca de 50% a 70% dos mesmos são considerados como preveníveis. Para os mesmos autores, o desenvolvimento de uma cultura de qualidade deve fazer parte da cultura das

instituições, espelhada nos profissionais de saúde que são parte integrante dos sistemas de trabalho da mesma.

Assim, as questões de investigação que estão na base deste estudo são:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas de Enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de ocorrência de eventos adversos?
- Existe relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de Enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos com algumas características socioprofissionais?
- Existe relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência/risco de eventos adversos com algumas características socioprofissionais?

A partir delas definimos os seguintes objetivos:

- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento e as práticas de Enfermagem associadas à segurança dos doentes;
- Analisar a perceção dos enfermeiros sobre o risco e a ocorrência dos eventos adversos;
- Analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de Enfermagem associadas à segurança dos doentes, algumas variáveis socioprofissionais;
- Analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de Eas e algumas variáveis socioprofissionais.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e correlacional de forma a dar respostas quer às questões e aos objetivos propostos. A colheita de informação foi realizada num centro hospitalar da região centro, em duas unidades hospitalares diferentes, nos serviços de internamento de Medicina e Cirurgia. A amostra do estudo foi constituída por 87 enfermeiros que exerciam funções nos serviços acima referidos. Foi utilizado um questionário para a colheita de dados, em que a primeira parte tinha por objetivo a colheita de informações que permitisse a caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda parte, é formada pela Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE).

Estruturalmente este relatório de investigação está dividido em duas partes. Na primeira parte, é concretizada uma contextualização teórica da problemática, recorrendo a estudos já realizados, que fortificam a pertinência desta investigação conceituam-se conceitos pertinentes para o estudo.

A segunda parte refere-se ao estudo empírico, onde apresenta a metodologia utilizada nomeadamente o tipo de estudo, questões, objetivos, variáveis e hipóteses, definição da amostra sobre a qual incide o estudo, procedimento de colheita de dados, e o tratamento e análise dos mesmos, bem como os procedimentos formais e éticos inerentes ao estudo. Após a apresentação dos dados e a sua análise apresenta-se a discussão assente em conhecimentos científicos atuais.

Por último, a conclusão relativa ao estudo apresentado, relatamos os aspetos mais pertinentes da investigação, promovendo também algumas sugestões decorrentes do estudo desenvolvido.

Posto isto, pretendemos com os resultados desta investigação que enfermeiros reflitam acerca das suas práticas e das dos seus pares, consciencializando-se do risco/ocorrência de eventos adversos e sua prevenção promovendo a segurança do doente.

1 SEGURANÇA DO DOENTE

Vivemos numa época de grande evolução, desenvolvimento e mudança no mundo social e profissional, relacionada com avanços rápidos em termos de inovação tecnológica, organização do trabalho e exigências dos clientes, que preconizam novas lógicas empresariais e que colocam a pessoa no centro das suas prioridades.

Assim, no decurso das duas últimas décadas tem havido uma exponencial preocupação com a segurança do doente, numa perspetiva desta se assumir como uma componente estruturante e uma variável incontornável da crescente exigência de qualidade em saúde, sendo por isso, centro das atenções das políticas de saúde e uma prioridade por parte de múltiplos organismos. Como referem Fernandes e Queirós (2011), a segurança do doente é uma premissa fundamental da qualidade, combinando técnicas de qualidade e de segurança, integrando-as numa só cultura, constituindo-se como estratégia global das organizações de saúde.

A segurança do doente tornou-se uma crescente preocupação quer nos hospitais portugueses, quer nos hospitais dos outros países da Europa e do resto do mundo. Esta exige que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para os detalhes, para as mudanças subtis do doente em termos de resposta e condições clínicas ao longo do tempo.

Em outubro de 2004 foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Este organismo tem uma abrangência internacional e assume como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do doente a nível mundial. Em 2005 definiu seis áreas de atuação, entre as quais o “Desenvolvimento de Soluções para a Segurança do Paciente” pelo que se estabeleceu um conjunto de programas e sistemas de relatórios de incidentes nos quais participaram diversos países.

A importância de desenvolver uma cultura de segurança é bem patente no relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, “*To Err is Human*”, quando afirma que deve ser desenvolvida pelas instituições de saúde, uma cultura de segurança, em que os processos de cuidados e as atividades estejam focados na melhoria da fiabilidade e da segurança dos cuidados prestados ao doente.

Ainda nesta perspetiva, o relatório técnico de 2011 da Direção Geral da Saúde, refere a resolução WHA 55.18 de Maio de 2002 da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, onde é

feito um apelo aos Estados Membros para que prestem mais atenção à problemática da segurança do doente e que estabeleçam e reforcem a evidência científica da sua ocorrência, fundamental para assegurar a segurança do doente e conseqüentemente a qualidade dos cuidados.

De acordo com Paulo Sousa (2006), das ações desenvolvidas pelos diferentes governos, podem-se destacar como comuns a criação de agências especializadas, que estudam e propõem estratégias para evitar falhas de segurança, a implementação de um sistema nacional em que se reporte voluntariamente a ocorrência de eventos adversos, a promoção de uma cultura de aprendizagem em desfavorecimento da cultura vigente de culpabilização, a abordagem dos problemas analisando a sua raiz, o reforço da liderança e envolvimento de todos os elementos que intervêm na prestação de cuidados fazendo-os sentir que fazem parte do processo.

Fernandes e Queirós (2011), relatam que vários estudos internacionais permitem afirmar que em cada 100 doentes internados, 10 tiveram um evento adverso, dos quais 45% seriam evitáveis. Em Portugal, não existem dados concretos neste âmbito pelo que os números são deduzidos a partir da observância internacional, não sendo por isso conhecida a sua verdadeira dimensão nem as suas conseqüências, todavia é reconhecido que “a prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa incerta no resultado e com potencial de causar danos colaterais nos doentes” (Ministério da Saúde, 2009, p. 16).

É premente aceitar e compreender que as questões de segurança dos doentes constituem um sério problema de saúde pública a que urge dar resposta no sentido de uma prestação de cuidados segura e de excelência.

1.1 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COMO ATIVIDADE DE RISCO

Ao considerarmos a prestação de cuidados como uma atividade que envolve riscos, não nos cingimos apenas ao risco para os doentes, mas também aos riscos para os profissionais de saúde, para os gestores e para as instituições. Podendo os riscos serem de diferente natureza, nenhum deve ser negligenciado.

Tal como refere Fragata (2011) a prestação de cuidados como atividade de risco, envolve a possibilidade de ocorrência de acontecimentos incertos e indesejáveis, que podem ser danosos e estes por sua vez, constituem desvios do esperado ou erros, que em metade dos casos poderiam ser evitáveis.

A ocorrência de erros pode resultar numa simples alteração do fluxo do tratamento, sem indução de qualquer dano físico, neste caso, ocorre uma queda de expectativa com consequente perda de eficiência. Por outro lado, podem ocorrer danos, que podem ser: danos menores, transitórios e recuperáveis, ou danos máximos que podem mesmo causar morte. Neste sentido, Fragata (2011, p.9) refere que “morte, complicações, perturbações do fluxo de tratar ou simples quebras de expectativas são, assim, as consequências indesejáveis, mas bem possíveis, que estão associadas à prestação de cuidados de saúde”.

Tudo isto está relacionado com um aspeto transversal à prestação de cuidados, a característica humana, são atos executados por pessoas noutras pessoas, advindo daí a incerteza da sua prestação e do seu resultado. Ou seja, é o carácter humano que confere falibilidade, inerente às características, capacidades e limitações do Homem. O denominado “fator humano” torna a prestação de cuidados entre as atividades humanas com maior risco potencial de ocorrência de erro.

No entanto, a falibilidade dos cuidados de saúde não se resume ao “fator humano”, o contexto hospitalar é de elevada complexidade e frequentemente é desvalorizado pelas instituições. Apesar tudo isto, o paradigma da prestação de cuidados ainda assenta no modelo da “perfeição em que o erro não é admissível e que, quando existente, implica a consequente culpa” como relatam Uva, Sousa e Serranheira (2010, p.1). Os autores consideram ainda, que existe uma “miopia” com enfoque na sobrevalorização dos enunciados fatores humanos, em detrimento dos fatores organizacionais e sistémicos que, apesar de tudo, são bem mais complexos que os primeiros.

Fernandes e Queirós (2011) tendo como base o relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde”, corroboram a ideia de que a prestação de cuidados é uma atividade complexa, inconstante nos resultados e carregada de potencial de causar danos colaterais nos doentes.

A OMS (2008) defende que “*Better knowledge for safer care*”, reforçando que só podemos prevenir/corriger o que conhecemos, sendo para isso fundamental perceber a verdadeira dimensão dos erros e eventos adversos em saúde. Também Fragata (2011) refere que devido à especificidade da prestação de cuidados, é mais fácil contabilizar os eventos adversos ocorridos, pelas suas consequências, sem valorizar os simples erros sem impacto.

Pode-se aludir à imagem de um *iceberg* para a contabilização de eventos, em que sob a linha de água do nosso conhecimento, existe muito mais do que o que nos apercebemos acima da linha.

Considera-se que a dificuldade em conhecer a verdadeira prevalência de eventos adversos pode estar relacionada com dificuldades na definição do termo “evento adverso”; tendência para considerar só os acontecimentos com consequência física, desvalorizando e não registando as situações de erro sem consequências, os acidentes evitados ou ainda os erros por omissão; tendência para ocultação do erro por medo do processo de culpabilização; cultura de não reportar e/ou ausência de sistemas para registo de eventos; e imperfeição dos sistemas informáticos/administrativos que levam a escasso registo de eventos de natureza clínica (Fragata, 2011).

Não se pode prestar cuidados com a ilusão de que os doentes não saem lesados pela nossa prestação de cuidados. Assim, para um aumento efetivo da segurança dos doentes é impreterível: mudança, vontade, muito esforço, muita persistência com implicações diretas na prestação de cuidados.

Foi desenvolvido pela *National Patient Safety Agency*, um documento onde são definidos sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes, que contribuem conseqüentemente para o aumento da qualidade, denominados *Seven Steps to a Patient Safety*, e que contemplam os seguintes objetivos/orientações:

- Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;
- Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes;
- Integrar as atividades de risco desde a identificação de causas até a definição de ações corretivas e/ou preventivas;
- Promover o reporte dos eventos adversos ou *near misses*, erros que ocorrem, mas que não alcançam o utente, *assegurando* um ambiente de segurança sem receios persecutórios aos profissionais de saúde;
- Envolver e comunicar com os doentes e sociedade, desenvolvendo estratégias de comunicar e auscultar os doentes relativamente a esta problemática;
- Aprender e partilhar experiências vividas, encorajando os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas subjacentes de forma a compreender como, e porquê ocorreu o incidente, contribuindo assim para diminuir ou evitar incidentes recorrentes;
- Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças de práticas, de processos, e de estrutura das organizações (Sousa, 2006).

É importante ter presente que no mesmo local, a incidência de eventos adversos pode variar dependendo de diversos fatores ligados aos doentes. Assim, é fundamental

compreender que existe um maior risco de ocorrência em doentes idosos; que quanto mais longo o tempo de internamento maior o risco e que o risco varia com o tipo de cuidados, aumentando nas especialidades cirúrgicas e em cuidados intensivos. Fragata (2011) acrescenta as unidades cirúrgicas e blocos operatórios, cuidados intensivos, doentes pediátricos e ambientes hospitalares complexos. Estima-se que cada doente internado na área dos cuidados intensivos possa sofrer um a dois eventos adversos por dia de internamento, nas áreas médicas não intensivas a incidência de erros relacionada com a medicação pode chegar a um por doente e por dia.

Atendendo a que é pela capacidade que cada instituição tem de avaliar e compreender a sua cultura de segurança, que pode desenvolver mudanças capazes de potenciar essa mesma cultura, torna-se primordial o desenvolvimento dessa capacidade.

Na realidade, os erros que põem em causa a segurança do doente são de difícil abordagem, quer pela complexidade das organizações de saúde, quer pelo carácter multifatorial que está por detrás das situações de falha de segurança, quer pela sensibilidade do tema. Em relação à complexidade das organizações de saúde é necessário ter em conta que esta está relacionada com a missão para que estão orientadas, as atividades que desenvolvem, as características do seu público-alvo, processos que desenvolvem, e os profissionais que nela desempenham funções. Relativamente ao carácter multifatorial subjacente às falhas de segurança dos doentes, frequentemente é denominada por a *lógica da cascata*, que facilmente pode ser compreendida com a alusão a um queijo suíço, assim, para a ocorrência de um evento adverso é necessário o alinhamento de diversos buracos, consistindo estes nas falhas, que podem ser estruturais ou pontuais, por má prática ou comportamentos de risco por parte dos profissionais de saúde (Sousa, 2006). Deste modo, a prevalência de eventos adversos varia com fatores como: o doente, a especialidade e o ambiente onde o tratamento é feito.

A importância dos erros não está associada à frequência de ocorrência dos mesmos, devendo ter-se em conta o impacto e a gravidade das consequências por eles causados.

O impacto dos eventos adversos ultrapassa largamente os danos provocados aos doentes, estão implicados também efeitos nos profissionais e na sociedade, com custos acrescidos nos gastos em saúde.

1.2 O RISCO CLÍNICO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade e segurança dos cuidados de saúde andam de mãos dadas e têm fronteiras comuns e são indissociáveis. Sendo a segurança do doente componente chave da qualidade dos cuidados de saúde.

Foi nos finais dos anos 1960 que o Donabedian associou ao conceito de qualidade em saúde a tríade: resultado, processo e estrutura. Mas só no final dos anos 90 e já neste século é que a componente segurança foi aliada à qualidade dos atos médicos. Tendo-se assumido que não poderia existir qualidade se não estivesse garantida a segurança. Uma prestação de cuidados repleta de inseguranças, erros e de complicações não é um cuidado de qualidade (Fragata, 2011).

De acordo com a OMS, a segurança do doente consiste na redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. A segurança não é nada mais que a redução de atos inseguros no processo de cuidar, pelo uso de boas práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o doente, contribuindo assim, para uma maior qualidade dos cuidados. Ainda neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) cita a OMS referindo que a ocorrência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados prestados, constituindo-se uma importante fonte de sofrimento humano e responsável pelo aumento dos custos em saúde. Defende que os enfermeiros, pelo papel que desempenham nas instituições e particularmente pela sua intervenção no seio das equipas multiprofissionais, têm uma papel fundamental na segurança do doente (2006).

Em 2001, o *IOM* estabeleceu as componentes essenciais para qualidade em saúde: a segurança do doente, evitando assim danos colaterais aos doentes; o acesso aos cuidados evitando listas de espera prolongadas; a eficácia baseada na evidência e voltada para os resultados; eficiência evitando desperdícios; a equidade sem diferenciação entre os doentes e o cuidado centrado no doente. De acordo com isto, poder-se-ia acrescentar uma quinta dimensão na tríade proposta por Donabedian, a satisfação dos doentes, tendo em conta as expectativas dos doentes e a agradabilidade dos cuidados. Numa perspetiva mais abrangente da qualidade poder-se-ia acrescentar a dimensão de valor social, com mais valias para a sociedade, tais como a prestação humanitária, investigação e colaboração em ensino (Fragata, 2011).

De acordo com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) qualidade em saúde é definida como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, amplificam a possibilidade de obter os resultados desejáveis e minoram a possibilidade de ocorrência de resultados indesejáveis.

Para Fragata e Martins (2005):

“Cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um *standard* abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas. (p.18)”

Assim, a qualidade dos cuidados deve de ir de encontro ao que cada doente perspetiva para a sua saúde, reduzindo ao máximo a possibilidade de ocorrência de eventos adversos. Uma prestação de cuidados com segurança promove sempre o aumento da qualidade dos cuidados e com menor custo para as instituições de saúde. Pois a ocorrência de eventos adversos aliada a cuidados de fraca qualidade podem acarretar elevados custos para as organizações.

Sousa, Uva e Serranheira (2010) reforçam que as “falhas” de segurança da prestação de cuidados ao doente tem várias consequências, destacando: a perda de confiança dos doentes nas organizações de saúde e nos profissionais, com degradação das relações entre eles; o aumento dos encargos sociais e económicos, que variam na razão direta dos “danos” provocados e da casuística dos mesmos, e reduz a possibilidade de alcançar resultados esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados.

Parra, Camargo-Figuera e Gómez (2012) referem que a ocorrência de eventos adversos, não encerra um impacto apenas a nível do doente e família pelo efeito que produzem, mas que também geram nos profissionais um efeito de stresse pós-traumático, depressão, atitudes de defesa na prestação de cuidados e afeta ainda a credibilidade nas instituições de saúde.

Em síntese, o desenvolvimentos do conceito de qualidade na saúde pode ser definido por uma triangulação da efetividade, referindo-se a eficácia aliada à eficiência; experiência dos doentes, em prol da sua satisfação e segurança, pela ausência de complicações.

A qualidade em saúde não se alcança apenas pelo exercício profissional dos enfermeiros, mas o seu contributo não pode ser negligenciado, ou os seus esforços deixados impercetíveis na obtenção dessa qualidade. A melhoria contínua dos cuidados exige uma constante atualização de conhecimentos e competências por parte de todos os profissionais. Os enfermeiros fazem parte integrante das equipas multiprofissionais, pelo que devem integrar os padrões de qualidade nas suas práticas e tomar decisões com base na evidências científicas, permitindo assim, definir indicadores de qualidade,

modificar os processos utilizados, introduzir novos dados nos processos e deixar os que não revelam qualquer eficácia.

Por isto, os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem revela-se para a O.E., como associação profissional da área da saúde, uma acção prioritária.

1.3 ERROS, INCIDENTES E ACIDENTES

Conhecer e compreender os erros, a sua gestão, o controlo e dos fatores de risco permitem a todos os elementos da equipa multidisciplinar a implementação de medidas preventivas eficazes promovendo assim uma prestação de cuidados de qualidade com o mínimo de risco.

Tendo por base o definido por Fragata (2011) podemos considerar os diferentes conceitos:

- **erro**, a sua definição não é de todo consensual, no entanto é sempre considerado desvio de um resultado em relação a um plano prévio, socialmente adquire sempre uma conotação de falha. Os erros de acordo com o mecanismo de produção podem ser considerados lapsos/falhas e enganos. Os primeiros são erros automáticos de atenção ou destreza, os segundos resultam de planeamento defeituoso, má aplicação de regras ou mau raciocínio, estão relacionados com decisões cognitivas erradas. Presentemente, o erro é definido por alguns autores como um desvio involuntário de um plano, em que o sujeito não se afastou das normas de planeamento e de atuação que são esperadas e exigíveis. De acordo com o *IOM* citado por Carneiro (2010) o erro que pode compreender o erro de execução ou de planeamento consoante é uma falha de uma ação previamente planeada, ou se o erro resulta de um mau planeamento.
- **erros honestos**, acontecem com sujeitos que cumprem as suas obrigações e são zelosos, atuam de acordo com as regras e protocolos instituídos, mas que erram porque são humanos. São erros naturais que devem ser desculpabilizados, embora responsabilizados.
- **erros por negligência**, estes erros são cometidos por sujeitos ou organizações que não respeitam as *legis artis* (regras que regulam a profissão), atuam de forma insegura. Estes erros podem acontecer de forma pontual, especificamente em situação de emergência, por comportamentos habituais de risco em há uma quebra sistemática de regras, ou por condições situacionais tais como condições de

trabalho precárias. Estes erros podem acontecer sem a intenção de causar mal, ocorrendo por excessiva facilitação e uma menor consciência do risco, ou constituírem uma sabotagem. Em qualquer dos casos, são comportamentos que se afastam do correto devendo por isso, ser alvo de procedimento disciplinar, com culpabilização direta.

- **erros sem dano**, destes erros podem decorrer dano físico ou outro, no entanto, por sorte, por resistência da fisiologia humana ou porque alguém notou a tempo, o dano não aconteceu. Quando há correção do erro por intervenção humana e/ou do sistema, denomina-se *near miss*.
- **perigos**, decorrem de situações de adversidade potencial, em que há um grande risco de ocorrência de evento adverso com dano, o ambiente reúne condições de adversidade potencial.
- **risco inerente**, é o risco clínico inevitável, frequentemente associado a um determinado diagnóstico ou tratamento, que poderia ocorrer em condições ideais, com a melhor equipa e com o melhor equipamento.
- **risco adicional**, é o risco que os doentes sofrem para além do risco inerente, quando ocorre um erro de segurança ou uma complicação evitável.
- **eventos adversos**, ocorrências indesejáveis que causam dano, quer por ato ou quer por omissão, decorrem sempre de um tratamento, não estando relacionados com a doença. Estes não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis ou inevitáveis, causar danos físicos ou meros transtornos do fluxo de tratamento, com perda da eficiência e aumento dos custos. Todas as ocorrências com medicação representam eventos adversos. O *IOM* citado por Carneiro (2010) define evento adverso como um dano causado num doente resultante de uma intervenção clínica, considerando evento adverso não prevenível ou evento adverso inesperado o que acontece na ausência de qualquer erro; evento adverso prevenível que decorre de um erro; evento adverso negligente, como um subgrupo de eventos adversos preveníveis, ou seja decorrentes de um erro que resulta de cuidados que não seguiram as normas/protocolos/padrões de cuidados instituídos. De acordo com Castilho (2014) evento adverso é um efeito não desejado decorrente da intervenção dos cuidados de saúde.
- **eventos major**, ocorrem durante um tratamento e colocam imediatamente os doentes em risco de vida, obrigam a uma intervenção rápida para evitar o pior. Provocam frequentemente danos físicos importantes.

- **eventos minor**, ocorrem durante um tratamento, não colocam em risco imediato e direto o doente, são frequentes e implicam perturbações do fluxo, podem ter um efeito acumulativo associado à probabilidade de acidentes graves.
- **incidentes**, são todas as ocorrências indesejáveis que influenciam o decorrer de todo o processo, sem no entanto alterar o resultado final, em que o projeto terapêutico termina como planeado.
- **acidentes**, são ocorrências indesejáveis que afetam o decorrer do processo e comprometem o resultado planeado final, provocam transtornos ou danos *major* com consequências que podem ser definitivas.
- **near miss**, podem ainda ser chamados de quase erros, acidentes verdadeiramente recuperados. Ocorrências que não causaram dano pois houve uma recuperação ativa, através da atuação humana e/ou de mudança no sistema da organização, há uma recuperação rápida na trajetória. São importantes porque sendo facilmente reportáveis, dão a conhecer trajetórias de acidentes e como preveni-las.
- **eventos sentinela**, são eventos adversos que causam dano grave ou a morte, ocorrem de forma isolada e não esperada, exigem reporte compulsivo e uma investigação que possa despistar falhas de processo ou organizações, de forma a demonstrar quer a origem quer a causa destes acidentes. Frequentemente têm grande visibilidade pelas piores razões, são marcadores de risco e de segurança organizacional.
- **cadeias de erro**, acreditando que um erro ocorre na sequência de um encadeamento de situações, envolvendo o emaranhado de causas individuais e de causas organizacionais. Estas causas múltiplas e encadeadas reveladas por uma análise de causas de raiz, podendo também ser chamada de *root causes analysis*.

A teoria do queijo suíço, desenvolvida por Reason explica a origem dos acidentes em sistemas de organizações complexas. Esta teoria assenta no facto de que numa organização ocorrem erros, que são cometidos por pessoas normais, atuam no extremo da atuação, sendo operadores principais. Assim, esta teoria assenta que em todas as organizações existem falhas latentes, que não ocasionam erros por si só, no entanto, quando alinhados como sucessivos “buracos” de segurança e na ausência de defesas, proporcionam janelas de oportunidade para a ocorrência de um acidente. Os acidentes são causados por pessoas boas que trabalham em maus sistemas ou em organizações com mau desenho, desta forma, facilmente percebemos que quanto maior e mais abundantes forem os “buracos” de segurança e menor as cortinas ou os alarmes de defesa, maior a probabilidade de se alinharem e ocorrer acidentes.

Também Carneiro (2010) aborda esta teoria, identificando-a como o modelo mais utilizado na análise dos erros, referindo que em organizações complexas o erro que causa lesão ao doente raramente está isolado, apontando que o erro penetra em várias camadas de proteção para resultar em dano. Este modelo, diminui a importância do aperfeiçoamento do comportamento humano individualmente, favorecendo a perspectiva de que se deve tentar diminuir os “buracos no queijo suíço” ou seja os erros latentes, criando novas camadas de proteção impedindo o alinhamento desses mesmos buracos. Para o autor este modelo exige uma análise das raízes dos problemas, concentrando-se nos aspetos institucionais e organizacionais, no ambiente de trabalho e no trabalho em equipa mas também na tarefa em si, e finalmente nas características dos doentes.

A abordagem do erro nesta perspectiva, não significa que a análise do comportamento individual do autor do erro não seja pertinente, defende apenas que o sistema pode favorecer o erro, no entanto, refere que é na combinação das duas abordagens do erro que reside o potencial sucesso da gestão do erro clínico.

Assim, é preciso libertar-nos da perspectiva redutora de que a abordagem dos aspetos relacionados com a segurança do doente é centrada no erro clínico. De uma forma geral, apenas são valorizadas as situações vistas como negativas, sem dar importância aos momentos de prática clínica em que os prestadores de cuidados evitam o erro iminente, também estes acontecimentos deveriam servir para encontrar estratégias para o evitar, tal como Uva, Sousa e Serranheira (2010) referem, é preciso re-inventar o paradigma da prestação de cuidados de saúde.

1.4 ERRAR, UM PROCESSO

Errar é uma característica inerente ao ser humano pelo que a ocorrência de erros é uma realidade do nosso quotidiano. Segundo Fragata (2011) o erro pode decorrer principalmente de duas formas, mediante atitudes diretas, que decorrem de falhas de atenção, ou destreza em atividades automáticas. Frequentemente ocorrem em pessoas experientes, que estão a executar várias tarefas simultaneamente, ou resultam de desatenção e/ou do cansaço ou de ambiente de stresse. Denominam-se por lapsos ou falhas e são considerados erros de nível 1. De outra forma, podem ocorrer erros que pressupõem escolhas erradas, que são mais ou menos pensados e decorrem da simples aplicação incorreta de uma regra, ou a um padrão reconhecido, ou à dedução e escolha de uma opção, usualmente são cometidos por pessoas menos preparadas, com menos conhecimentos e ou experiências. Denominam-se de enganos, são

dependentes do uso incorreto de regras ou o resultado de decisões irrefletidas, e consideram-se erros de nível 2 ou 3.

Ainda neste sentido, Carneiro (2010) citando Robert Wachter, salienta que os profissionais de saúde ao realizarem uma tarefa, utilizam um comportamento consciente e comportamento automático. No comportamento consciente, o profissional está com atenção ao que está a realizar quando executa uma tarefa nova, já no comportamento automático, realiza as tarefas quase de forma inconsciente, assumindo-se que o automatismo é o contexto mais propenso para a ocorrência de eventos adversos.

O mesmo autor refere que são as falhas que constituem as maiores ameaças à segurança dos doentes, pois os erros decorrem frequentemente de comportamentos automáticos. É comum que os erros surjam exatamente no meio de uma ação executada vezes sem conta, ou na aplicação de um protocolo sobejamente conhecido pelos profissionais. Esta problemática está inerente ao automatismo dos nossos comportamentos e é frequentemente ignorada pelo sistemas de saúde e pelos seus responsáveis.

Fragata (2011) propõe a seguinte classificação para os erros:

- **erros de destreza**, em que o erro acontece de forma automática, por falta de atenção, ou por gestos errados;
- **erros de decisão**, decorrem de uma má decisão, por desconhecimento, ou por inexperiência;
- **erros de percepção**, que decorrem de uma percepção errada podendo ser devido a más condições, má informação, má visibilidade ou perturbação de sentidos, habitualmente estes mecanismos concorrem em associação para que ocorra o acontecimento.

É tão pertinente como urgente uma cultura de segurança, alicerçada em bases científicas sobre o que é ou não funcional, pela comunicação dos resultados das mudanças efetuadas aos responsáveis e a reavaliação do conjunto permanentemente. É imprescindível identificar e reconhecer a génese de cada problema, identificando a sua frequência e a sua causa, pois só assim se pode diagnosticar, antecipar e prevenir a ocorrência de possíveis eventos. Ao analisar uma situação de erro, é importante considerar não só a atuação dos profissionais envolvidos, como também, o sistema que os rodeia, no qual estão envolvidos e em que atuam (Diz e Gomes, 2008).

Tal como Castilho (2014) refere é necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança que minimize a possibilidade de ocorrência de erros, que facilite a aprendizagem e que promova a melhoria contínua. Esta perspetiva deve ser uma

prioridade das organizações que têm como objetivo a qualidade dos cuidados. É de salientar que, uma cultura organizacional excessivamente focalizada nos fatores individuais e frequentemente punidora dificulta a notificação da ocorrência dos eventos adversos e conseqüentemente o melhor conhecimento desta realidade.

1.5 OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS, SUAS VARIÁVEIS

O ato de cuidar tem como finalidade proporcionar bem-estar ao doente, reduzindo ou eliminando o seu sofrimento, no entanto como já foi referido anteriormente podem ocorrer eventos adversos resultante das práticas. Assim, nos cuidados de saúde, as práticas desenvolvidas têm como objetivo dar uma resposta rápida, de forma sistemática e individualizada aos problemas de cada indivíduo, durante este processo podem ocorrer enganos, lapsos ou erros que poderiam ser evitados.

O *International Council of Nurses* (ICN, 2002) emitiu um parecer relativo à segurança do doente, defendendo que é através da adoção de medidas com um largo espectro de ação, tais como o recrutamento, a integração e a fidelização dos profissionais, e a melhoria do desempenho, entre outras, que se promove o desenvolvimento de uma cultura de segurança dos doentes.

Castilho (2014), realizou um estudo em Portugal no ano 2011, com uma amostra constituída por profissionais de saúde, em que 69,3% eram enfermeiros, 8% médicos, e 22,1% assistentes operacionais, onde aponta que as falhas na cultura de segurança com culpabilização e a exigência de perfeição, favorecem o clima de ocultação de falhas/erros por parte dos profissionais. É notória a falha dos sistemas de saúde em aprender com os seus erros, por forma a prevenir a repetição dos mesmos e as suas conseqüências, tanto para os profissionais como para os doentes. É imprescindível que as instituições desenvolvam uma cultura de segurança que promova condições para que os profissionais de saúde adiram ao sistema de notificação, sem o medo de serem alvo de punição.

Analisar a ocorrência de eventos adversos, decorrentes da prestação de cuidados, exige que se reconheça que nestes contextos existem vários fatores facilitadores como: excesso de confiança na capacidade de memorização, descaramento na vigilância, inexistência de protocolos, excesso de parceria na prestação de cuidados entre os pares, informações pouco precisas relativamente ao mesmo assunto, excesso de carga de trabalho, informação paralela. Estes fatores, concorrem para práticas menos seguras contribuindo para a ocorrência de eventos adversos. Efetivamente alguns dos eventos adversos que ocorrem nas instituições de saúde devem-se a erros cometidos pelos

profissionais em que o contexto dos cuidados de saúde é propício ao seu acontecimento. No entanto, há eventos adversos que são resultantes de erros negligentes e que poderiam ser evitados.

De acordo com Serranheira, Sousa e Uva (2010), a segurança do doente depende não só das características pessoais dos prestadores de cuidados, como a sua experiência profissional, dos aspetos organizacionais e técnicos (climas organizacionais e ambientais da prestação de cuidados), mas também dos ambientes em que os cuidados são prestados. Acrescentam, que a ocorrência de eventos adversos decorre frequentemente de situações de complexidade da interação entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares com o doente. Todos os atores devem estar cientes deste facto e desenvolver instrumentos, que permitam orientar o sistema de prestação de cuidados centrado no doente-família.

Como refere Carneiro (2010) importa deixar o pensamento e a filosofia de análise do erro, apenas centrado nas características pessoais, alargando essa análise aos aspetos organizacionais e técnicos. Corroborando, Gandhi, Kaushal e Bates (2004) mencionam que se deve procurar desenvolver em cada indivíduo a capacidade de análise ambiental e de avaliação da presença de perigos potenciais, identificando assim as falhas e o caminho para as eliminar de forma a reduzir ou mesmo controlar, procurando sempre o apoio da instituição onde trabalham. Nesta linha é imprescindível que se aceite o desafio de compreender a diversidade de variáveis que intervêm e influenciam a prática clínica, para que se delineiem estratégias organizacionais integradas e compreensivas que contenham a probabilidade de ocorrência de EAs (Oliveira, 2009).

Esta abordagem sistémica do erro tem em conta o contexto em que o erro ocorre, aceita que o indivíduo é falível e que todas as organizações têm uma certa taxa de erros, deixando de lado a abordagem do erro como um ato individual.

Também Serranheira, Uva, Sousa e Leite (2011) referiram vários fatores que devem ser incluídos no estudo das situações que originam a ocorrência de eventos, tais como:

- Características individuais e/ou sociais dos prestadores de cuidados (idade, sexo, formação e experiência profissional);
- Acontecimentos onde frequentemente existe o erro humano, tais como enganos/lapsos/falhas e os incidentes e/ou acidentes no desempenho clínico. A sua ocorrência está frequentemente relacionada com o não respeito pelas normas, com a existência de situações clínicas novas ou de elevada complexidade, com excesso de carga laboral. No outro extremo, estão as situações em que a excessiva rotina

conduz a comportamentos menos cuidados, pela diminuição da vigilância cognitiva, aumentando por isso a probabilidade do erro;

- Interfaces desadequadas entre o homem e os dispositivos técnicos/tecnologia, manipulação inadequada;
- Disfuncionamento organizacional e/ou de gestão, tal como o *deficit* de formação dos profissionais de saúde, o nível de exigência organizacional, o rácio trabalhador/doente, falta de empenho/motivação, horários de trabalho e dificuldade em estabelecer uma comunicação adequada;
- Situações/problemas estruturais, tal como inadequada estrutura física, incorretos circuitos de trabalho e ambientes desadequados ao trabalho.

Castilho (2014) apresenta o modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS), desenvolvido pela Universidade de Winsconsin – Madison no âmbito de investigação em segurança do doente, em que se avoga que a segurança do doente depende da forma como o sistema de trabalho e os vários processos, incluindo o processo de cuidados ao doente são desenvolvidos. Assim, o desenho do sistema de trabalho influencia os resultados individuais e os organizacionais, tais como a satisfação no trabalho e a *performance* organizacional, estando estes resultados relacionados com os resultados na segurança dos doentes. No modelo apresentado, em cada componente do sistema de trabalho podem ser estudados vários elementos, tendo em conta o objetivo e o contexto da análise. Desta forma e, relativamente aos profissionais e doentes, podem ser elementos de estudo as suas características (nível de formação, competência, características psicológicas e físicas). Relativamente à organização importa investigar o trabalho de equipa, a comunicação, a supervisão, a liderança e a cultura organizacional. No que concerne às tarefas devem ser estudadas a variedade, a exigência cognitiva, a carga de trabalho e a autonomia. Quanto à tecnologia e ferramentas o estudo pode envolver, a existência de equipamentos informáticos, os sistemas de apoio à decisão e, a adequação de materiais. Em relação ao ambiente físico importa refletir sobre a adequação da luz, da temperatura, do ruído e do espaço de trabalho (Castilho, 2014).

Assim, tal com o modelo SIEPS refere, os elementos do sistema de trabalho interagem uns com os outros, influenciam-se mutuamente, podendo resultar diferentes resultados de *performance*, quer ao nível dos processos (de cuidados ou outros) quer ao nível dos resultados. A análise dos resultados inclui os avaliados no doente (ex. estado de saúde, satisfação com os cuidados), os avaliados no profissional (ex. motivação, satisfação no trabalho, stresse laboral) e os avaliados na organização (indicadores de saúde organizacional); por conseguinte, assume-se que os resultados no doente estão

associados aos resultados no trabalhador e na organização e que os mesmos se repercutem no sistema de trabalho.

2 OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Em 2006 a OE alertou para o risco de ocorrência de EA, relacionados com a falta de dotações seguras de enfermeiros nas instituições de saúde, com a escassez de recursos materiais e com o fraco desempenho profissional, quer pela desmotivação quer pelas fracas habilidades técnicas. Neste sentido, Freitas e Parreira (2013) referem que a dotação adequada de recursos de enfermagem, refere-se à correta dotação de enfermeiros em número e qualidade de acordo com as necessidades dos clientes, proporcionando condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Apenas dispondo de recursos de enfermagem adequados é que os enfermeiros podem orientar a sua prática, de forma a prestar cuidados que garantam a segurança e a satisfação dos clientes. A adequada combinação de recursos humanos (enfermeiros com diferentes níveis de competências e com necessidades de supervisão) nas equipas de cada turno é essencial, de forma a minimizar o risco de ocorrência de erro clínico, que pode resultar em dano quer para o cliente quer para a instituição. Referem ainda, que esta adequação deve ter em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos clientes, a qualidade dos cuidados de enfermagem, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e o nível de experiência dos enfermeiros.

De salientar ainda que o facto do congelamento da carreira de enfermagem e a sua reestruturação, tem potenciado ao longo dos tempos a desmotivação dos profissionais, quer no locais onde desempenham funções, quer no investimento na sua formação académica e profissional.

Os enfermeiros são o grupo profissional de excelência no ato de cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital e, frequentemente coordenam e gerem todo o processo de cuidar. Enquanto maior grupo profissional nos hospitais portugueses, são os únicos que permanecem as 24 horas junto dos doentes, encontram-se frequentemente envolvidos na tomada de decisão e na execução, são elementos da equipa de multiprofissional, que podem influenciar determinantemente a cultura de segurança do doente (Fernandes e Queirós, 2011). Neste sentido, Pedreira (2015) salienta que os enfermeiros podem ser responsáveis por desencadear eventos adversos que comprometem a segurança do doente, pois executam e avaliam a maioria dos cuidados diretos prestados ao doente. Também Savitz, Jones e Bernard (2005) consideram que os enfermeiros desempenham

um papel fundamental na prestação de cuidados seguros ao doente. Assim o enfermeiro é um gestor dos potenciais fatores de risco e dos eventos adversos.

A avaliação da cultura de segurança pelos enfermeiros pode contribuir para a identificação de áreas problemáticas ou que se apresentem como críticas, tal como referem Fernandes e Queirós (2011). Também Camargo-Figuera, Parra e Rey Gómez (2012) no estudo que realizaram, mencionam que cabe principalmente aos enfermeiros o desenvolvimento de uma cultura de segurança e de qualidade nas instituições, pois é o grupo profissional que permanece mais tempo junto dos utentes, podendo assim detetar mais facilmente situações adversas, quer dos cuidados prestados por eles próprios ou quer por outros profissionais de saúde.

Os estudos que têm sido desenvolvidos nos diferentes países têm contribuído para a evidência científica, mostrando que para obter os melhores resultados em saúde e para a promoção da segurança dos doentes é fundamental o número adequado de enfermeiros e, a sua maior qualificação profissional, apresentando-se esta última como determinante. Assim, para uma prestação de cuidados segura e de qualidade ao doente-família, os profissionais de enfermagem devem ser detentores de um nível de conhecimentos que envolva várias áreas do saber, quer a nível de procedimentos simples como os de maior complexidade. Quando estes fatores são tidos em conta e salvaguardados tem-se verificado uma redução na ocorrência de infeções hospitalares associados aos cuidados de saúde (IACS), nas quedas, nas úlceras por pressão e nos erros de medicação, contribuindo assim, para a diminuição do tempo de internamento e da mortalidade (Pedreira, 2009).

Assim, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança em saúde, é imprescindível que os enfermeiros tenham perceção de quais os EA mais frequentes decorrentes da sua prática profissional.

A OE (2006) no Documento de Tomada de Posição sobre a Segurança do Doente afirma que os eventos decorrentes da prática de enfermagem que mais comumente ocorrem são: as quedas, os erros associados a medicação, as úlceras por pressão, as IACS e as readmissões dos utentes. Salaria ainda, referindo o Relatório do *Institute of Medicine (To Err is human: Building a safer health system* de 1999) e aos estudos de Needleman (2002) e de Kovner (2002) que é evidência crescente a relação inversa entre a dotação de enfermeiros nos serviços e a ocorrência de EAs.

Neste seguimento, também Freitas, Gonçalves, Padilha, Nascimento e Toffoletto (2008) no estudo que desenvolveram, concluíram que nas instituições hospitalares as falhas mais frequentes na assistência ao doente referem-se a erros de medicação, quedas,

extubação, queimaduras durante procedimentos, hemorragias por desconexão de drenos e cateteres.

Segundo Fragata (2011) as quebras de segurança ocorrem mais frequentemente na área dos cuidados intensivos, na pediatria e nas cirurgias, apontando como principais erros: os de diagnóstico; os erros de medicação; as IACS (nomeadamente as infeções urinárias associadas a algaliação, as infeções associadas ao cateter central, infeções no local cirúrgico, complicações associadas ao uso prolongado de antibióticos); e os EAs decorrentes dos cuidados gerais, quedas e úlceras por pressão.

Também no estudo desenvolvido por Camargo-Figuera, Parra e Rey Gómez (2012) os EAs mais frequentemente associados aos cuidados de enfermagem são as úlceras por pressão, as quedas e as IACS.

Igualmente Castilho e Parreira (2012), de acordo com uma revisão da literatura desenvolvida, apontam os EAs mais frequentes associados à prática de enfermagem como o défice na vigilância dos doentes, défice no julgamento clínico, défice na advocacia dos doentes, quedas, úlceras por pressão, erros de medicação e as IACS.

2.1 FALHAS NA VIGILÂNCIA DOS DOENTES / JULGAMENTO CLÍNICO

Aos enfermeiros enquanto prestadores de cuidados é exigida a capacidade de vigilância dos utentes, “sendo um processo científico, intelectual e experimentalmente fundamentado de prestar atenção, identificar as observações clinicamente significativas, calcular o risco e agir de forma adequada” de forma a prevenir ou minimizar a ocorrência de EAs (Meyer & Lavin, como referido por Castilho, 2014, p.40).

A vigilância e julgamento clínico é um processo complexo, que requer capacitação dos enfermeiros para anteverem e atuarem em tempo útil promovendo uma prestação de cuidados de qualidade e segura. Segundo a OE (2006, p.10) “Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados”.

Kelly e Vincent como referido por Pedreira (2015) defendem que a capacidade crítica de vigilância de doentes é indissociável da capacidade de um eficaz julgamento clínico da situação, o qual resulta das capacidades dos enfermeiros na interpretação dos múltiplos dados disponíveis, de reconhecer precocemente sinais clínicos de deterioração do doente, do seu pensamento crítico e conseqüente tomada de decisão. O objetivo major consiste na deteção precoce de alterações/complicações e implementação de medidas corretivas, a “capacidade do enfermeiro antecipar e

observar “o que pode acontecer”, perceber os sinais e determinar a sua relevância são componentes fundamentais da vigilância profissional” (Benner et al., 2002; Meyer e Lavin, 2005, Chianca, 2006, referidos por Castilho, 2016, p. 40). Em súmula, O aprimoramento da capacidade de vigilância dos doentes e da capacidade de julgamento clínico  decisivo para a qualidade dos cuidados.

2.2 DÉFICE NA ADVOCACIA DOS DOENTES

Ao longo da evolução da enfermagem o apoio e defesa dos doentes têm sido uma constante, a responsabilidade tica de defender os interesses e o bem-estar dos mesmos faz parte integrante do seu trabalho.

No artigo 79, alínea c), do Código Deontológico da OE, (2015) está referido que os enfermeiros têm o dever de proteger e defender os utentes das práticas que contrariam a lei, a tica ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional.

Castilho (2012) refere que os doentes quando estão internados vivenciam um período de grande vulnerabilidade e que a advocacia por parte dos enfermeiros desempenha um papel imprescindível na defesa do interesse dos mesmos e da prestação de cuidados seguros. Benner et al., referida por Castilho (2014) salienta que frequentemente as falhas de segurança dos doentes acontecem quando o enfermeiro não questiona as práticas incorretas de outro profissional, quando não facilita o doente a ter acesso aos cuidados e quando não respeita e preserva a confidencialidade. Decorrente disto, Pedreira (2015) infere que as falhas na advocacia dos doentes resultam do não respeito pelos direitos básicos do doente, como a privacidade e confidencialidade, a autonomia esclarecida e o acesso aos cuidados. Quando o enfermeiro não salvaguarda a advocacia do doente decorrem falhas na segurança dos mesmos.

2.3 QUEDAS

As quedas têm grande importância, são responsáveis pelo aumento do tempo de internamento, aumento de co-morbilidade e morbilidade dos doentes, a par disto representam econmica e socialmente uma sobrecarga para os sistemas de saúde (Almeida, Abreu e Mendes, 2010).

Castilho e Parreira (2012) salientam que, segundo a JCAHO, as quedas são eventos sentinela, incidentes graves na segurança do doente, fazendo parte dos indicadores de segurança já validados pela Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE) e pelo *Database of Nursing Quality indicators* (NDNQI). De acordo com Fragata (2011) é um problema de segurança mundial, estimando-se que ocorram cerca de 4,8 a 8,4 quedas por 1000 doentes/dia, sendo que são mais frequentes em idosos com idade superior a 80 anos.

Abreu et al. (2012) definem que as quedas podem ocorrer devido a fatores extrínsecos (ambiente em que o doente está inserido) e intrínsecos (situação física e psicológica do doente). É crucial que os enfermeiros estejam sensibilizados para esta problemática, para a necessidade do seu reconhecimento e das variáveis associadas de forma a adotar medidas preventivas.

Sendo as quedas um evento adverso sensível ao conteúdo funcional da prática de enfermagem é crucial que os enfermeiros avaliem o risco de queda, recorrendo a escalas. O estabelecimento de medidas preventivas de acordo com o índice de risco de quedas é fundamental, dado que grande parte dos doentes apresentam alterações fisiológicas facilmente detetáveis na avaliação do risco, assim, a sua avaliação pode evitar um volumoso número de quedas (Morse e Ramos, referidos por Pedreira 2015). A este propósito Castilho advoga que só a implementação de medidas preventivas permite a diminuição de ocorrência deste EAs, fazendo parte das boas práticas de enfermagem a avaliação o risco de queda e a implementação de intervenções preventivas adequadas a cada situação/doente (Castilho, 2014).

2.4 ÚLCERAS POR PRESSÃO

As úlceras por pressão (UPP) são complicações prováveis de ocorrerem em pessoas com fragilidade, potenciada pela imobilidade e pelo avançar da idade. Devem ser uma preocupação dos profissionais de saúde, no sentido de as prevenirem e/ou de as evitar. As UPP constituem um problema de saúde que afeta cerca de 9% de todos os utentes hospitalizados, especialmente idosos, causam dor, deformidade e tratamentos prolongados, podendo mesmo nalgumas situações ser de difícil tratamento (Freitas, et al., 2011). Ainda neste sentido, Fragata (2011) aponta valores mais elevados de 10 a 15% dos utentes internados desenvolverem UPP.

A equipa prestadora de cuidados, com especial ênfase no enfermeiro, deve estar sensibilizada e capacitada para prevenir a ocorrência de UPP, identificando, minimizando ou mesmo anulando os fatores de risco para a sua ocorrência.

A DGS (2011) defende que a ocorrência de UPP é um problema de saúde pública e um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados. Não se pode deixar de referir que o utente que desenvolve UPP durante o tempo de internamento vê a duração do mesmo aumentado assim como os custos hospitalares.

A prevenção de UPP são um foco de atenção dos cuidados de enfermagem, a OE (2004) refere que as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem traduzem ganhos em saúde. Acrescentando ainda que a sua prevenção traduz ganhos de saúde e reflete elevados padrões de qualidade e promoção da saúde.

É crucial a formação/ sensibilização dos profissionais para esta problemática e a aplicação de escalas de avaliação do risco de úlceras de UPP (ex. Escala de *Braden*).

2.5 ERROS DE MEDICAÇÃO

A preparação, administração e vigilância da medicação é uma função exercida essencialmente pelos enfermeiros, embora decorrente de uma prescrição médica.

Esta função exige que os enfermeiros possuam além de conhecimentos de anatomia e fisiologia, conhecimentos em farmacodinâmica nomeadamente na preparação, no processo de administração e vigilância, pelo que é imperativo que o enfermeiro conheça a ação e os efeitos adversos dos fármacos, minimizando a possibilidade de complicações (Araújo, Costa, Sousa e Nóbrega, 2009).

Exige-se que os enfermeiros estejam qualificados, atualizados e atentos de forma a assegurarem que a administração de medicação seja um processo seguro e com o menor risco. No entanto, a ocorrência de EAs associados à medicação é uma realidade nas nossas instituições de saúde e têm perdurado ao longo do tempo.

A administração de terapêutica medicamentosa é uma intervenção interdependente, que cumpre requisitos entre os quais: a efetivação da prescrição médica, a interpretação da prescrição, a solicitação, a distribuição, a preparação e administração, e ainda, a resposta do utente à medicação. Isto implica a atuação de diferentes profissionais, transmissão de orientações entre profissionais, existindo em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros.

O estudo dos erros relacionados com a administração de medicação tem sido uma preocupação por parte dos enfermeiros, quer em relação ao acontecimento dos mesmos, quer na realização de protocolos de identificação dos mesmos, de forma a promover uma maior qualidade de cuidados. É importante que se reflita sobre estes

aspectos, com vista a desenvolver estratégias que proporcionem segurança aos utentes e aos profissionais.

Fragata e Martins (2005) referem que existem 3 vezes mais “quase erros” do que os EAs clinicamente visíveis, visto que estes não conduzem a dano não chegam a ser reportados ou conhecidos.

A OE (2005) refere que os erros de medicação podem resultar dos problemas da prática clínica, dos procedimentos, do sistema, da deficiente formação, da pressão de tempo ou da má perceção do risco envolvido.

Segundo Cook, Hoas, Guttmanova e Joyner como referido por Luk, Ng, Ko e Ung, (2008), na sequência de um estudo desenvolvido durante três anos, referem que os erros de medicação mais comuns e consistentes estão relacionados com o não cumprimento dos cinco certos: o utente certo, durante o tempo certo, a dose certa, a droga certa e a via certa. Santana, Sousa, Soares e Avelino (2012) acrescem às certezas referidas anteriormente o registo certo. Atualmente temos ainda a orientação certa, forma certa e a resposta certa.

No sentido de implementar práticas seguras, a OMS propôs em 2007, nove estratégias para a segurança do doente, relacionadas com a gestão e administração da medicação, que abordam os seguintes itens:

1. Designação diferente para nomes de medicamentos com aspeto ou nome semelhante;
2. Identificação dos utentes;
3. Comunicação entre os profissionais durante o transporte ou transferência dos utentes para outras unidades de internamento;
4. Realizar o procedimento correto, no local correto do corpo;
5. Controlo de soluções concentradas de eletrólitos;
6. Assegurar a precisão da medicação nas mudanças de turno;
7. Evitar erros na conexão de cateteres e outros dispositivos;
8. Utilizar seringas e dispositivos de utilização única;
9. Melhorar a higiene das mãos para prevenir a IACS.

De acordo com Alves (2009), os erros de prescrição são de entre todos os mais frequentes. Neste sentido Fragata (2011) apresentou alguns princípios para redução destes erros:

- Prescrição eletrónica;
- Evitar prescrições com caligrafia com necessidade de transcrição e indicações verbais;
- Evitar abreviaturas;
- Sistema unidose e conferência da prescrição do doente;
- Arrumar a medicação com separação dos medicamentos perigosos, segundo o que foi sugerido pelo *Institute for Safe Medication Practices*;
- Identificação de fármacos com nomes idênticos;
- Arrumação estandardizada da medicação nos carros de urgência.

Além destes princípios, e aquando da administração de medicação defende:

- Conferir a identidade do doente, fármaco, dose, hora e via;
- Administração dos fármacos deve ser feita por quem preparou;
- Conhecimento e registo de alertas para reações alérgicas e interações medicamentosas;
- Conhecimento dos medicamentos prescritos de modo a evitar sobreposição ou incompatibilidades.

O primeiro passo para desenvolver atitudes de prevenção do erro medicamentoso é assumir que este acontece, exigindo envolvimento multidisciplinar na prevenção do mesmo.

Em resumo, é inquestionável que não se pode falar em qualidade dos cuidados sem falar em segurança do doente. É preponderante valorizar a investigação na área da segurança do doente, tendo presente que a prestação de cuidados se desenvolve num ambiente complexo e multifatorial, para que se produzam ganhos clínicos, sociais e económicos. Assim, de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes de 2015-2020, a gestão dos riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde, é um processo coletivo, que tem como objetivo garantir o máximo de segurança possível aos doentes, evitando incidentes que podem ser frequentes, graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a segurança do Serviço Nacional de Saúde.

A literatura consultada, refere as áreas anteriormente referidas como suscetíveis de ocorrência de EAs, e que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo-se revelado críticas para a segurança dos doentes.

3 METODOLOGIA

É através da investigação que se constrói a base científica que serve de fio condutor para uma prática segura em qualquer profissão, sendo um processo rigoroso de aquisição de conhecimentos. Fortin defende esta ideia referindo que a “a finalidade visada por qualquer profissão é melhorar a prática dos seus membros de maneira a fornecer serviços de qualidade à sociedade” (2009, p.17), refere ainda que quer a investigação quer a reflexão, são fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento científico e promoção de um contínuo progresso, influenciando direta ou indiretamente a prática clínica.

A investigação em enfermagem, como um domínio das ciências da saúde, em evolução constante, não só não é exceção como é fundamental no desenvolvimento do conhecimento e tem-se revelado uma prática em crescendo nos últimos anos. O conhecimento proveniente da investigação científica permite o desenvolvimento da prática de enfermagem baseada na evidência, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e ganhos em saúde. Segundo a OE (2006, p.1) “Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”. É nesta perspetiva que é pertinente o desenvolvimento de estudos de investigação.

A metodologia usada neste estudo está relacionada com o que se pretende estudar. Sabendo que é fulcral a metodologia seguida nos estudos, este capítulo tem como objetivo apresentá-la e enquadrá-lo no estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Partindo-se do objetivo de querer conhecer as perceções dos enfermeiros sobre as práticas preventivas e o risco/ ocorrência de eventos adversos associados à prestação de cuidados, pretendeu-se estudar esta problemática, e se estas são influenciadas por determinadas variáveis.

O presente estudo inscreve-se num estudo quantitativo, transversal do tipo descritivo e correlacional. A investigação quantitativa estuda as causas objetivas dos fenómenos, faz a abstração da situação própria de cada indivíduo, apela à dedução, às regras da

lógica e da medida. O investigador percorre um caminho racional, com diversas etapas, indo da definição do problema de investigação à medida dos conceitos e à obtenção dos resultados. Esta metodologia assenta na objetividade, na predição, no controlo, e na generalização (Fortin, 2009).

Os estudos descritivos assumem como principal fim definir as características de uma população ou de um fenómeno, referenciando os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. Segundo Fortin (2009) a investigação descritiva visa descrever um conceito relativo a determinada população e descrever as características de uma população na sua globalidade.

Na investigação correlacional procura-se descobrir os conceitos em estudo, as relações entre si e posteriormente, com a ajuda de hipóteses verificar as relações que existem entre as variáveis explicando como estas estão ligadas entre si (Fortin, 2009). As relações entre variáveis apoiam-se em trabalhos de investigação anteriores e/ou bases teóricas.

3.2 QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O desenvolvimento de um trabalho de investigação deverá iniciar-se pelo levantamento de uma ou mais questões de partida, numa tentativa do investigador expressar exatamente o que procura saber, esclarecer ou compreender melhor.

De acordo com Fortin (2000, p. 51) “Uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.” É uma pergunta clara, explícita e objetiva, pertinente e exequível, respeitante ao tema em estudo tendo em vista desenvolver o conhecimento científico (Quivy e Campenhoudt, 2005; Fortin, 2009; Reis 2010). São assim, “elementos básicos em qualquer estudo científico, permitindo uma melhor e mais adequada delimitação o problema...” (Reis, 2010, p.48).

Desta forma, tendo presente a contextualização teórica definiram-se as seguintes questões centrais de investigação:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas de Enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos?
- Qual a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de eventos adversos?
- Existe relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas preventivas de Enfermagem de ocorrência de eventos adversos com algumas características socioprofissionais?

- Existe relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência/risco de eventos adversos com algumas características socioprofissionais?

Após a clarificação das questões, importou definir os objetivos que delas advêm. Tendo sido definidos como objetivos de investigação:

- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento e as práticas de Enfermagem associadas à segurança dos doentes;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o risco e a ocorrência dos eventos adversos;
- Analisar a relação entre a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de Enfermagem associadas à segurança do doente e algumas características socioprofissionais;
- Analisar a relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de eventos adversos e algumas características socioprofissionais.

3.3 VARIÁVEIS E HIPÓTESES EM ESTUDO

A questão de investigação, os objetivos e as hipóteses constroem-se com base em variáveis. Todos os estudos possuem variáveis, sendo as características observáveis do fenómeno estudado. Estas são classificadas de acordo com a função e utilização que exercem na investigação, podendo ser independentes e dependentes (Fortin, 2009, Reis 2010).

As variáveis dependentes são aquelas “que o investigador está interessado em compreender, explicar ou rever” (Reis, 2010, p.72). Neste estudo foram consideradas como variáveis centrais ou dependentes: percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas associadas à segurança do doente e percepção dos enfermeiros sobre o risco/ ocorrências de eventos adversos. Estas foram medidas utilizando a Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE), que avalia a frequência de práticas que estão associadas à segurança do doente e identificar os resultados no doente de Ocorrência/risco de EAs, esta escala foi criada e alvo de estudo psicométrico por Castilho e Parreira.

As variáveis independentes são elementos que são inseridos e manipulados numa investigação, com vista a exercer um efeito sobre outra variável e que podem permitir também a caracterização da amostra (Fortin, 2009 e Reis, 2010). Assim, definiram-se como variáveis independentes: idade, sexo, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de serviço e formação na área de

eventos adversos associados à prática de enfermagem. Estas foram medidas utilizando um questionário com questões fechadas, permitindo uma codificação fácil e rápida.

Assim, relativamente à variável central, **perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas associadas à segurança do doente** foi definida como hipótese de estudo:

→ Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas associadas à segurança do doente e algumas variáveis socioprofissionais.

Desta advieram as seguintes subhipóteses:

- Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e a idade dos mesmos;
- A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o sexo;
- A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme as suas habilitações profissionais;
- A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme a sua categoria profissional;
- Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e o tempo de exercício profissional;
- A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade (medicina e cirurgia);
- A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o facto de terem, ou não, frequentado formação na área da segurança do doente.

Relativa à segunda variável central, **perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs**, foi formulada a hipótese:

→ Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e algumas variáveis socioprofissionais,

Dela surgiram as seguintes subhipóteses:

- Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e a idade dos mesmos;
- A perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o sexo;

- A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme as suas habilitações profissionais;
- A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme a sua categoria profissional;
- Existe relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e o tempo de exercício profissional;
- A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade (medicina e cirurgia);
- A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o facto de terem, ou não, frequentado formação na área da segurança do doente.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Fortin (2009) a amostra é uma fração da população, devendo ser fielmente representativa desta. A sua constituição deve ter em conta os objetivos do estudo e a sua acessibilidade. A amostra é então parte da população alvo, que reúne as mesmas características e representa essa mesma população (Polit, Beck, Hungler, 2004, Reis 2010, Hill e Hill, 2012).

Constituiu-se como população do estudo os enfermeiros de um centro hospitalar do centro, no entanto, dada a impossibilidade de a estudar na sua globalidade, pelo tempo destinado à concretização da investigação, estabeleceu-se como amostra os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nos Serviços de Medicina e Cirurgia do mesmo.

Este centro hospitalar é composto por três unidades hospitalares que integram os serviços de medicina e cirurgia. O presente estudo englobou 4 serviços de internamento de medicina da unidade Y e 2 serviços de internamento de cirurgia de outra unidade, dita X.

A escolha destas especialidades prende-se essencialmente com as diferenças que lhe são inerentes, quer em termos das características dos doentes quer nos cuidados que são prestados.

Num serviço de medicina interna a população é maioritariamente idosa, com situações clínicas complexas, frequentemente com pluripatologia associado a polimedicação. É uma população com alterações físicas pelo processo de envelhecimento e muitas das vezes como alteração do estado de consciência, do sistema venoso, do padrão

respiratório, do padrão normal da alimentação, do padrão normal de eliminação, do sono, da mobilização, alteração da integridade cutânea e da mucosa, o que contribuí para o aumento do seu nível de dependência. Por estas características é uma população mais suscetível à ocorrência de eventos adversos.

A população de um serviço de cirurgia é frequentemente mais jovem, estão internados para tratamento cirúrgico e diferentes lesões. As alterações que vivenciam não têm um impacto tão elevado nos diversos sistemas e o seu grau de dependência aumenta durante o internamento, mas é comum readquirirem a sua autonomia a curto prazo.

No entanto, é de referir que os procedimentos num serviço de cirurgia são complexos e frequentemente invasivos, o que não é tão comum ocorrer nos serviços de internamento de medicina. Considera-se que estas diferenças podem contribuir para a riqueza dos achados e, eventualmente permitir comparação entre os dados recolhidos nas diferentes especialidades.

Na equipa de enfermagem dos serviços de internamento de medicina na unidade Y é constituída por 52 enfermeiros. Nos serviços de internamento de cirurgia, da unidade X a equipa é formada por 35 enfermeiros. São critérios de inclusão na amostra exercerem funções numa destas unidades de internamento e aceitar participar no estudo livremente.

O estudo assume importância pelos contributos que pode ter para a promoção da segurança dos doentes e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados das instituições de saúde envolvidas.

3.5 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com Fortin (2009) a escolha do instrumento de colheita de dados para recolha de informação junto dos participantes, constitui um aspeto importante do processo de investigação. “Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às suas questões de investigação, ou às suas hipóteses” (*Idem*, p.368).

É frequente o recurso ao questionário nos estudos quantitativos descritivos pois permite “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p.380).

O questionário aplicado é composto por duas partes distintas. A primeira em que se visa obter informação para uma caracterização socioprofissional da amostra em causa é constituída por 7 questões fechadas.

A segunda parte é constituída na sua totalidade pela escala intitulada de Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem (EAAPE), construída e validada por Castilho e Parreira em 2012.

O EAAPE possibilita avaliar a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de prática preventivas e a percepção que os enfermeiros têm sobre o risco/ocorrência de eventos adversos. Segundo a autora “avalia a frequência de processos/práticas que estão associadas à segurança do doente e identificar os resultados no doente de risco/ocorrência de eventos adversos” (Castilho, 2012, p.66). A construção da mesma teve como suporte o modelo de qualidade proposto por Donabedian e ainda de Reason que evidencia os fatores associados ao risco/ ocorrência de eventos adversos, desta forma a informação que pretendemos recolher vai de encontro às questões de investigação.

Na construção da escala, Castilho e Parreira (2012) identificam pela revisão de literatura sete áreas de eventos adversos sensíveis aos cuidados de Enfermagem: défice na vigilância dos doentes, défice de julgamento clínico, défice na advocacia dos doentes, queda, úlceras de pressão, erros de medicação e IACS.

A escala EAAPE é formada por um questionário constituído por 54 proposições/incidentes em seis tipos de eventos adversos associados a áreas de cuidados que se têm revelado críticas para a segurança dos doentes, focando-se no cumprimento/não cumprimento de práticas de enfermagem de acordo com as normas profissionais e o risco/ ocorrência de eventos adversos (apêndice 1)

Esta escala é composta por duas subescalas, a subescala de práticas de enfermagem, e a subescala de risco e ocorrência de eventos adversos incluindo também dois indicadores que avaliam a percepção geral de segurança. A subescala de práticas de enfermagem é constituída por 40 itens, que permitem avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento/falhas nas práticas de enfermagem associados à segurança dos doentes, agrupadas em 10 dimensões: vigilância e julgamento clínico; advocacia; prevenção de quedas; prevenção de úlceras de pressão; falhas na administração da medicação; falhas na preparação da medicação; falhas na vigilância da medicação; higienização das mãos e cuidados com equipamentos de proteção individual (EPIS) e higiene ambiental.

A subescala de risco e ocorrência de eventos adversos é formada por 12 itens que permitem avaliar a percepção dos enfermeiros acerca do risco e ocorrência dos eventos adversos passíveis de comprometer a segurança dos doentes. A proposta inicial agrupava os itens em 6 dimensões. No entanto, o agrupamento inicialmente proposto

pelos autores (Castilho & Parreira, 2012) foi posteriormente reajustado, após a análise fatorial realizada com dados de uma amostra de maior dimensão. No novo modelo fatorial aceite pela autora (Castilho, 2014), os itens referentes ao risco de queda, ocorrência de quedas, e risco de úlcera por pressão, ocorrência de úlceras por pressão, agrupam numa única dimensão e são isolados como itens. Assim, para além destes itens isolados, a subescala é formada por cinco dimensões: risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico; risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia, risco de queda e risco de úlceras por pressão; erros de medicação e IACS.

A escala EAAPE é uma escala tipo *likert* num contínuo de cinco opções, que vão do nunca até ao sempre, recorrendo aos descritores da Linguagem da Classificação para a Prática de Enfermagem, às quais se atribuíram pontuações de 1 a 5 pontos. Segundo a autora é uma escala facilmente preenchível e interpretável pelos enfermeiros.

Como refere Castilho (2014, p. 73) esta escala “é uma ferramenta de diagnóstico importante para a sensibilização dos enfermeiros sobre o papel que representam na segurança dos doentes e na introdução de melhorias nos cuidados.”

Os questionários foram entregues às enfermeiras chefes/ responsáveis dos serviços e facultados aos enfermeiros dos serviços, tendo a investigadora disponibilizando-se para esclarecer qualquer dúvida.

A colheita de dados decorreu entre setembro de 2015 e março de 2016.

Estudo de consistência interna da Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem

A fidelidade dos resultados de um questionário diz-nos algo sobre o grau de confiança ou exatidão que podemos ter na informação obtida, sendo que um dos procedimentos mais comuns para a sua análise é o cálculo da consistência interna ou homogeneidade dos itens através do *Alfa de Cronbach*. A consistência interna representa a uniformidade existente entre todos os enunciados individuais que constituem o questionário. “Ela refere-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito” (Fortin, 2009, p.350).

A fiabilidade da EAAPE foi estudada através da análise da consistência interna para o global das duas subescalas e das respetivas dimensões. Quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade da subescala/dimensão. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *Alfa de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1, quanto mais elevado o valor, maior a consistência interna (Polit, Beck, Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Isto é, para este coeficiente, valores mais próximos de 1 são reveladores de maior consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas e, de acordo com vários autores, nomeadamente Nunnally (1978) citado por Maroco et al. (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 são reveladores de boa consistência interna. Maroco e Marques (2006) referem DeVellis (1991) consideram que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido. Foram, ainda, analisados os valores da correlação de cada item com o respetivo fator. Estas correlações deverão ser positivas e quanto mais próximas de 1 melhor é correlação do item com o resultado global do fator, excluindo o item em causa.

Os resultados que apresentamos na tabela 1 permitem-nos constatar que para as dimensões, em ambas as subescalas (práticas de enfermagem e eventos adversos), têm valores muito próximos ou superiores a 0.70. Para os globais das subescalas encontramos valores elevados, concretamente 0.91 nas práticas de enfermagem e 0.81 na ocorrência /risco de eventos adversos. Estes resultados, na maioria das situações, situaram-se muito próximo ou mesmo acima dos observados pelos autores.

Idêntica situação ocorre com as correlações item-fator, ou seja, na maioria dos casos situaram-se próximo ou foram superiores aos encontrados pela autora.

Podemos assim, concluir que as subescalas e as dimensões apresentam consistência interna aceitável e, conseqüentemente, podemos considerar que, no presente estudo, o instrumento evidenciou boa fiabilidade.

Tabela 1. Consistência interna das subescalas e das respetivas dimensões da escala EAAPE

Subescala	Dimensão	nº de itens	No estudo		Obtido pelos autores	
			Alpha de Cronbach	Correlação item-total	Alpha de Cronbach	Correlação item-fator
Práticas de enfermagem	Falhas na administração da medicação	7	0.83	>0.47	0.86	>0.56
	Falhas na preparação da medicação	6	0.86	>0.55	0.81	>0.51
	Prevenção de úlceras de pressão	7	0.83	>0.38	0.76	>0.40
	Cuidados com EPIS e higiene ambiental	6	0.79	>0.52	0.75	>0.45
	Higienização das mãos	3	0.79	>0.56	0.74	>0.48
	Prevenção de quedas	3	0.73	>0.45	0.80	>0.60
	Falhas na vigilância da medicação	2	0.78	0.64	0.79	0.65
	Privacidade e confidencialidade	2	0.79	0.65	0.78	0.64
	Advocacia dos doentes	2	0.61	0.43	0.56	0.39
	Vigilância dos doentes	2	0.63	0.46	0.73	0.58
	Global	40	0.92	---	0.91	---
Eventos adversos	IACS	2	0.76	0.71	0.77	0.45
	Erros de medicação	2	0.72	0.60	0.70	0.52
	Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	2	0.73	0.58	0.69	0.51
	Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	2	0.68	0.51	0.66	0.48
	Risco de queda e risco de úlceras	2	0.69	0.48	0.61	0.48
	Ocorrência de úlceras	1	---	---	---	---
	Ocorrência de quedas	1	---	---	---	---
	Global	12	0.82	---	0.81	---

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Ao longo de todo o estudo e pesquisa os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça foram salvaguardados e orientaram o desenvolvimento do mesmo. É de salientar que os estudos de investigação na saúde que envolvem “seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009, p. 180). Embora num estudo de investigação em enfermagem seja raro surgirem riscos consideráveis para os participantes, isto não pode ser justificativo para a inexistência de reflexão e ponderação ética como salienta Martins (2008).

Após a escolha do instrumento de colheita de dados foi requerida à autora autorização para utilização do mesmo que foi concedida de forma informal. Assim, após obtido o consentimento, o instrumento de colheita de dados foi aplicado após a sua aprovação e autorização pelo Conselho de Administração de um centro hospitalar da região centro,

conforme apresentado em anexo (Apêndice 2). Importa referir que o estudo não obteve parecer pelo Conselho de Ética do centro hospitalar por o mesmo não estar a funcionar conforme referido no mesmo anexo.

Após os questionários terem sido entregues às enfermeiras chefes ou responsáveis de cada serviço, houve uma breve apresentação do estudo a toda a equipa de enfermagem, e posteriormente distribuídos, pela equipa de enfermagem.

A obtenção do consentimento livre e esclarecido de todos os participantes foi uma premissa, tendo sido garantido em todo o estudo a confidencialidade e sigilo dos dados recolhidos. No estudo todas as afirmações respeitam os direitos de autor pela identificação da sua origem.

O período de recolha de informação decorreu entre setembro de 2015 e março de 2016.

4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação e análise da informação que nos permitiram a caracterização da amostra em estudo e responder às questões, aos objetivos e hipóteses formuladas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DA AMOSTRA

Os resultados apresentados na tabela 2 permitem-nos verificar que os enfermeiros que constituem a amostra apresentavam idades compreendidas entre 22 e 56 anos, sendo a idade média 35.63 anos com o desvio padrão 7.77 anos. Constatamos também, que 31.0% tinham entre 30 e 35 anos, seguidos de 17.2% cujas idades se situavam entre 35 e 40 anos, 13.8% que tinham idades entre 45 e 50 anos e de 12.7% que pertenciam ao grupo etário dos 40 aos 45 anos. Metade dos enfermeiros tinha menos de 34.00 anos e a distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana ($p = 0.019$). A grande maioria dos enfermeiros, 88.5%, era do sexo feminino e também a maioria (92.0%) possuía como habilitações literárias o curso de licenciatura, havendo apenas 8% que detinham o curso de mestrado.

Tabela 2. Características sociodemográficas da amostra (N = 87)

Variável	n	%
Grupo etário		
< 25	8	9.2
[25 – 30[	10	11.5
[30 – 35[	27	31.0
[35 – 40[	15	17.2
[40 – 45[	11	12.7
[45 – 50[	12	13.8
≥ 50	4	4.6
$\bar{x} = 35.63$; Md = 34.00; s = 7.77; $x_{\min} = 22$; $x_{\max} = 56$; p = 0.019		
Sexo		
Feminino	77	88.5
Masculino	10	11.5
Habilitações literárias		
Bacharelato	0	0.0
Licenciatura	80	92.0
Mestrado	7	8.0
Doutoramento	0	0.0

Relativamente às habilitações profissionais da amostra (tabela 3) verificamos que a maioria dos enfermeiros (71.3%) possuía a Licenciatura em Enfermagem como habilitação profissional. Os 9 (10,3%) profissionais que afirmaram ter especialização em enfermagem, todos tinham em Enfermagem de Reabilitação, havendo 2 destes (22.2%)

que possuíam concomitantemente a Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e 1 (11.1%) a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 16 (18.4%) enfermeiros referiram ter cursos de Pós-Graduação, nomeadamente em Supervisão Clínica (37.5%), em Geriatria/Gerontologia (31,2%) e em Cuidados Paliativos ou em Oncologia (ambas com 12,5). Alguns destes profissionais possuíam mais que uma Pós-Graduação.

Verificamos ainda, que a maior parte dos enfermeiros, concretamente 66.7%, estavam na categoria de Enfermeiro, seguindo-se 23.0% que eram Enfermeiros Graduados.

Quanto ao tempo de exercício profissional, observámos que os profissionais que participaram no estudo referiram tempos compreendidos entre 4 meses e 35 anos, sendo o tempo médio 12.66 anos com desvio padrão 7.77 anos. Verificámos também, que 28.7% tinham tempos de serviço entre 10 e 15 anos, seguindo-se 21.8% com exercício profissional entre 5 e 10 anos e de 15.0% com tempos inferiores a 5 anos ou compreendidos entre 15 e 20 anos. Metade dos inquiridos referiu tempos iguais ou inferiores a 11.0 anos tendo a distribuição de frequências afastando significativamente de uma curva normal ($p = 0.013$).

A maioria dos elementos da amostra, exatamente 59.8%, desempenhava funções em serviços de medicina.

Tabela 3. Características profissionais da amostra (N = 87)

Variável	n	%
Habilitações profissionais		
Licenciatura em Enfermagem	62	71.3
Especialização em Enfermagem	9	10.3
Enfermagem de Reabilitação	9	100.0
Enfermagem Psiquiátrica	2	22.2
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	11.1
Pós - Graduação em enfermagem	16	18.4
Supervisão clínica	6	37.5
Geriatria/Gerontologia	5	31.2
Cuidados paliativos	2	12.5
Oncologia	2	12.5
Acupuntura	1	6.2
Anestesia	1	6.2
Emergência	1	6.2
Ensaio clínicos	1	6.2
Feridas e viabilidade tecidual	1	6.2
Intervenção para um envelhecimento ativo	1	6.2
Pedagogia da saúde	1	6.2
Categoria profissional		
Enfermeiro	58	66.7
Enfermeiro Graduado	20	23.0
Enfermeiro Especialista ou com Especialidade	9	10.3
Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Responsável	0	0.0
Tempo de exercício profissional (anos)		
< 5	13	15.0
[5 – 10[	19	21.8
[10 – 15[	25	28.7
[15 – 20[	13	15.0
[20 – 25[	10	11.5
[25 – 30[	5	5.7

≥ 30	2	2.3
$\bar{x} = 12.66$; Md = 11.00; s = 7.77; $x_{\min} = 0.3$; $x_{\max} = 35.0$; p = 0.013		
Serviço onde exerce funções		
Medicina	52	59.8
Cirurgia	35	40.2

Como podemos constatar pela análise da tabela 4, 54.0% dos enfermeiros afirmaram ter tido formação relativa à temática ocorrência de eventos adversos associados à prática de enfermagem. Destes profissionais, 38.3% referiram que essa formação tinha sido realizada há 6 ou mais meses e menos de 1 ano, 21.3% referiram que a formação foi realizada há 3 anos ou mais, 14.9% disseram ter feito a formação há menos de 6 meses e igual percentagem referiu um período entre 1 a 2 anos.

Tabela 4. Distribuição dos elementos da amostra segundo a realização de formação sobre EAs associados à prática de enfermagem (N = 87)

Variáveis	n	%
Frequentou formação relativa à temática		
Sim	47	54.0
Não	40	46.0
Há quanto tempo frequentou a formação		
< 6 meses	7	14.9
6 meses a 1 ano	18	38.3
1 a 2 anos	7	14.9
2 a 3 anos	5	10.6
≥ 3 anos	10	21.3

4.2 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E CUMPRIMENTO DE NORMAS PREVENTIVAS DE EAs ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM E PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA OCORRÊNCIA/RISCO

Os resultados que constituem a tabela 5 foram obtidos com base na aplicação da escala de EAAPE e permitem-nos avaliar a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas preventivas bem como, a aplicação de normas orientadoras das práticas, respondendo as primeiras duas questões de investigação e, também, aos dois primeiros objetivos. Para melhor compreensão dos resultados obtidos, aquando da análise de cada dimensão, optámos por referir os valores da média das percentagens correspondentes às respostas dos itens.

Na dimensão vigilância dos doentes 73.6% dos enfermeiros deram respostas positivas, ou seja, que os doentes são frequentemente ou sempre adequadamente vigiados. Verificamos que a maioria (54.0%) considera que os doentes são adequadamente vigiados e também a maioria (58.6%) dos inquiridos afirmou que frequentemente as alterações do estado clínico são oportunamente detetadas.

Quanto à dimensão relativa à advocacia dos doentes constatámos que 71.8% dos elementos da amostra responderam positivamente, sendo que 59.8% consideram que frequentemente os enfermeiros se assumem como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família e que 52.9% foram de opinião que frequentemente os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente.

Relativamente à privacidade e confidencialidade verificámos que 92.6% dos profissionais deram respostas positivas. Constatámos que 57.5% dos inquiridos referiram que frequentemente os enfermeiros respeitam a privacidade do doente, e que 48.3% manifestaram a opinião de que os enfermeiros respeitam sempre a confidencialidade do doente, seguidos de 43.7% que afirmaram que tal acontece frequentemente.

Quanto à prevenção de quedas observámos que 88.5% deram respostas positivas, sendo que 72.4% afirmaram que o risco de quedas é sempre avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído, que 56.3% consideraram que frequentemente os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco e que 44.8% consideraram que frequentemente a vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado, seguidos de 29.9% que consideraram que esta vigilância é sempre ajustada.

No que concerne à prevenção de úlceras de pressão, registámos que 87.7% dos profissionais assinalaram respostas positivas. Quanto aos itens observámos que 51.7% afirmaram que no início do internamento é sempre realizada uma avaliação clínica global, 59.8% referiram que é sempre realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias e 86.2% consideraram que são sempre utilizadas escalas de estratificação do risco. Quanto ao item “são implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco” observámos que 49.4% referiram a implementação destas medidas frequentemente e 48.3% referenciaram que são sempre implementadas. Da mesma forma, no item “os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas”, 46% dos enfermeiros considerou que frequentemente os cuidados são adequados e 42,5% referiram serem-no sempre adequados. 49.4% dos enfermeiros foram de opinião que frequentemente o suporte nutricional é ajustado às necessidades, seguidos de 35.6% que revelaram de que este suporte só às vezes é ajustado. Relativamente ao item “Os reposicionamentos são ajustados às necessidades”, 40.2% afirmaram que são frequentemente e 39.1% consideraram que os mesmos são sempre ajustados.

Quanto à preparação da medicação, os dados apresentados no quadro permitem afirmar que, em média, 48.8% dos enfermeiros deram respostas positivas, sendo que 35.6% consideraram que algumas vezes existem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes, seguindo-se 31.0% que manifestaram a opinião de que tal acontece raramente. 43.7% afirmaram que frequentemente existem muitos medicamentos no mesmo horário. 49 enfermeiros (56.3%) referiram que raramente a farmácia envia o medicamento errado. Relativamente ao item “Medicamento não disponível em tempo oportuno”, 39.1% dos enfermeiros refere que raramente isso acontece, mas 36.8% referem que o mesmo acontece algumas vezes. 41.4% dos enfermeiros afirmaram que frequentemente o enfermeiro é interrompido durante a atividade, todavia 52.9% referiram que raramente ocorre a distração do enfermeiro.

Verificámos que 83.6% dos enfermeiros assinalaram as alternativas consideradas como positivas na dimensão administração da medicação. Constatou-se ainda, que 54.0% foram de opinião de que nunca ocorrem falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação de doentes, 49.4% manifestaram que raramente ocorrem falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica, seguidos de 31.0% que afirmaram que tal acontece algumas vezes. Quanto à prescrição médica oral ou por telefone, 56.3% referiram que raramente existem falhas na comunicação. A mesma opinião foi manifestada por 62.1% dos profissionais quanto às falhas na comunicação por ausência de registo da administração anterior. Relativamente ao item “Incorreta identificação do medicamento preparado”, 54.0% consideraram que raramente isso acontece 47.1% dos enfermeiros mencionaram que raramente se verifica o incumprimento de procedimentos de identificação do doente, seguidos de 43.7% que referiram que tal nunca acontece, no entanto, 50.6% consideraram que raramente existem falhas na execução da técnica de administração e 39.1% afirmam que isso nunca acontece.

Relativamente à vigilância da medicação constatámos que em termos médios, 67.3% dos profissionais responderam nas alternativas positivas, sendo que 52.9% responderam que raramente ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões e que 55.2% manifestaram a mesma opinião face às falhas na vigilância dos efeitos da medicação.

Quanto à higienização das mãos 90.8% dos enfermeiros responderam nas alternativas positivas, verificando-se que 47.1% referiram que frequentemente é feita a higiene das mãos antes e após o contacto com o doente, seguidos de 37.9% que afirmaram que tal é feito sempre. 58.6% dos enfermeiros referiram que a higiene das mãos é sempre feita

antes de procedimentos que exijam assepsia e 72.4% referiram que a higiene das mãos é sempre feita após o contacto com sangue e fluidos corporais.

Na dimensão cuidados com EPIS e higiene ambiental 88.3% dos elementos da amostra responderam de forma positiva, sendo que 49.4% consideraram que frequentemente os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar, seguidos de 35.6% que referiram que tal acontece sempre. 46.0% dos enfermeiros consideraram que na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas após a sua utilização, seguindo-se 33.3% que afirmaram que estes procedimentos são sempre evitados. 58.6% referiram que os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são sempre acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento. Relativamente à acomodação dos doentes, 47.1% foram de opinião de que frequentemente a mesma se realiza de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades), seguidos de 34.5% que afirmam que tal acontece sempre. Quanto ao item relacionado com os resíduos hospitalares, 57.5% consideraram que os resíduos hospitalares são sempre objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem. 55.2% dos enfermeiros afirmaram que a roupa suja é sempre triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.

Tabela 5. Distribuição dos elementos da amostra de acordo com as dimensões da subescala práticas de enfermagem (N=87)

Respostas	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vigilância dos doentes										
1.1. Os doentes são adequadamente vigiados	0	0.0	2	2.3	22	25.3	47	54.0	16	18.4
1.2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	0	0.0	1	1.1	21	24.1	51	58.6	14	16.1
Advocacia dos doentes										
2.1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros "advogados" dos interesses do doente e família	0	0.0	1	1.1	16	18.4	52	59.8	18	20.7
2.2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente	0	0.0	8	9.2	24	27.6	46	52.9	9	10.3
Privacidade e confidencialidade										
2.3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente	0	0.0	0	0.0	6	6.9	50	57.5	31	35.6
2.4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente	0	0.0	1	1.1	6	6.9	38	43.7	42	48.3
Prevenção de quedas										
3.1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído	0	0.0	0	0.0	3	3.4	21	24.1	63	72.4
3.2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco	0	0.0	0	0.0	5	5.7	49	56.3	33	37.9
3.3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado	0	0.0	0	0.0	22	25.3	39	44.8	26	29.9
Prevenção de úlceras por pressão										
4.1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global ...	0	0.0	3	3.4	7	8.0	32	36.8	45	51.7
4.2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	0	0.0	1	1.1	0	0.0	34	39.1	52	59.8
4.3. São utilizadas escalas de estratificação do risco	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	13.8	75	86.2
4.4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco	0	0.0	0	0.0	2	2.3	43	49.4	42	48.3
4.5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	0	0.0	1	1.1	9	10.3	40	46.0	37	42.5
4.6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	0	0.0	3	3.4	31	35.6	43	49.4	10	11.5
4.7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	0	0.0	0	0.0	18	20.7	35	40.2	34	39.1
Preparação de medicação										
R5.A.1. Existem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	12	13.8	27	31.0	31	35.6	15	17.2	2	2.3
R5.A.2. Existem muitos medicamentos no mesmo horário	11	12.6	17	19.5	20	23.0	38	43.7	1	1.1
R5.A.3. A farmácia enviar o medicamento errado	13	14.9	49	56.3	24	27.6	1	1.1	0	0.0
R5.A.4. Medicamento não disponível em tempo oportuno	10	11.5	34	39.1	32	36.8	11	12.6	0	0.0
R5.A.5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade	7	8.0	16	18.4	22	25.3	36	41.4	6	6.9

R5.A.6. Distração do enfermeiro	13	14.9	46	52.9	25	28.7	3	3.4	0	0.0
Administração de medicação										
R5.B.1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação de doentes	47	54.0	34	39.1	5	5.7	1	1.1	0	0.0
R5.B.2. Falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica	9	10.3	43	49.4	27	31.0	8	9.2	0	0.0
R5.B.3. Falhas na comunicação (Prescrição médica oral ou por telefone)	16	18.4	49	56.3	20	23.0	2	2.3	0	0.0
R5.B.4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	21	24.1	54	62.1	11	12.6	1	1.1	0	0.0
R5.B.5. Incorreta identificação do medicamento preparado	32	36.8	47	54.0	7	8.0	1	1.1	0	0.0
R5.B.6. Incumprimento de procedimentos de identificação do doente	38	43.7	41	47.1	6	6.9	2	2.3	0	0.0
R5.B.7. Falhas na execução da técnica de administração	34	39.1	44	50.6	9	10.3	0	0.0	0	0.0
Vigilância da medicação										
R5.C.1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	7	8.0	46	52.9	29	33.3	5	5.7	0	0.0
R5.C.2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	16	18.4	48	55.2	21	24.1	2	2.3	0	0.0
Higienização das mãos										
6.3.1. HM antes e após o contacto com o doente	0	0.0	2	2.3	11	12.6	41	47.1	33	37.9
6.3.2. HM antes de procedimentos que exijam assepsia	0	0.0	2	2.3	6	6.9	28	32.2	51	58.6
6.3.3. HM após o contacto com sangue e fluidos corporais	0	0.0	1	1.1	2	2.3	21	24.1	63	72.4
Cuidados com EPIS e higiene ambiental										
6.4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar	0	0.0	0	0.0	13	14.9	43	49.4	31	35.6
6.5. Na manipulação de material cortante/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	0	0.0	4	4.6	14	16.1	40	46.0	29	33.3
6.6. Os objetos cortantes/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	0	0.0	0	0.0	3	3.4	33	37.9	51	58.6
6.7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	0	0.0	2	2.3	14	16.1	41	47.1	30	34.5
6.8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	0	0.0	0	0.0	3	3.4	34	39.1	50	57.5
6.9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	1	1.1	0	0.0	7	8.0	31	35.6	48	55.2

Quanto aos eventos adversos, os resultados que apresentamos na tabela 6 permitem constatar que na dimensão risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico 44.2% dos enfermeiros responderam nunca ou raramente. Relativamente ao défice por vigilância, 43.7% dos enfermeiros afirmaram que algumas vezes existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância, mas 37.9% que consideraram que raramente são tal acontece. Quanto ao julgamento clínico inadequado, 49.4% referiram que algumas vezes existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado, mas também neste item 34.5% afirmaram que tais situações raramente acontecem.

Na dimensão risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia 75.3% dos elementos da amostra responderam positivamente. Constatámos que 56.3% dos enfermeiros referiram que raramente existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente e que 47.1% tiveram a mesma opinião acerca da existência de risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado, afirmando mesmo 31.0% dos enfermeiros que tal nunca acontece.

Para o risco de quedas e risco de úlceras verificamos que apenas 21.3% dos enfermeiros responderam nas alternativas positivas, sendo que 37.9% afirmaram que algumas vezes existe risco de ocorrência de quedas de doentes, seguindo-se 31.0% que afirmaram que frequentemente existe este risco. Quanto às úlceras de pressão 43.7% afirmaram que algumas vezes existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão, mas 26.4% referiram que raramente existe este risco.

Na dimensão ocorrência de quedas, 51.7% afirmaram que raramente ocorrem quedas de doentes.

Quanto à ocorrência de úlceras, 62.1% manifestaram a opinião de que raramente se verifica a ocorrência de úlceras de pressão.

Relativamente aos erros de medicação constatámos que, em média, 72.5% dos enfermeiros responderam nas alternativas nunca ou raramente, verificando-se que 52.9% afirmaram que raramente existe o risco de ocorrência de erros de medicação e que 73.6% manifestaram a mesma opinião acerca da ocorrência de erros de medicação.

Na dimensão IACS registou-se uma percentagem média de respostas positivas de 49.0%, verificando-se que 39.1% referiram que raramente existe risco de ocorrerem infeções, mas 29.9% consideraram que o risco existe algumas vezes. Quanto à sua ocorrência, 41.1% consideraram que algumas vezes ocorrem infeções, mas 32.2% afirmaram que tal raramente acontece.

Tabela 6. Distribuição dos elementos da amostra nas dimensões da subescala dos eventos adversos (N=87)

Respostas	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico										
1.3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância	8	9.2	33	37.9	38	43.7	7	8.0	1	1.1
1.4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado	6	6.9	30	34.5	43	49.4	8	9.2	0	0.0
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia										
2.6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente.	14	16.1	49	56.3	22	25.3	2	2.3	0	0.0
2.7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	27	31.0	41	47.1	17	19.5	2	2.3	0	0.0
Risco de quedas e risco de úlceras										
3.4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes	0	0.0	14	16.1	33	37.9	27	31.0	13	14.9
4.8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão	0	0.0	23	26.4	38	43.7	18	20.7	8	9.2
Ocorrência de quedas										
3.5. Ocorrem quedas de doentes	0	0.0	45	51.7	37	42.5	3	3.4	2	2.3
Ocorrência de úlceras										
4.9. Ocorrem úlceras de pressão	0	0.0	54	62.1	29	33.3	3	3.4	1	1.1
Erros de medicação										
5.1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	4	4.6	46	52.9	31	35.6	3	3.4	3	3.4
5.2. Ocorrem erros de medicação	12	13.8	64	73.6	11	12.6	0	0.0	0	0.0
IACS										
6.1. Existe risco de ocorrerem infeções (IACS)	22	25.6	34	39.1	26	29.9	5	5.7	0	0.0
6.2. Ocorrem infeções (IACS)	1	1.1	28	32.2	36	41.1	22	25.3	0	0.0

Os resultados que constituem a tabela 7 foram obtidos através da determinação dos valores das medidas de tendência central e das medidas de dispersão obtidas para as dimensões da escala de EAAPE e permitem-nos avaliar a perceção dos enfermeiros em termos de práticas de enfermagem e de eventos adversos, propriamente ditos, respondendo assim às duas primeiras questões de investigação e aos dois primeiros objetivos. Importa relembrar que maiores pontuações traduzem perceções mais elevadas.

A subescala das práticas de enfermagem e as respectivas dimensões, que permitem responder ao primeiro objetivo e questão inicial - **Qual a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas de Enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos?** Podemos, tendo em conta os dados apresentados, afirmar que os enfermeiros revelaram percepção de melhores práticas nas dimensões: higienização das mãos ($\bar{x} = 4.45$; Md = 4.67), prevenção de úlceras de pressão ($\bar{x} = 4.35$; Md = 4.28) e prevenção de quedas ($\bar{x} = 4.35$; Md = 4.33). Por outro lado, evidenciaram pior percepção das práticas de enfermagem, falhas na preparação da medicação ($\bar{x} = 3.38$; Md = 3.17), falhas na vigilância da medicação ($\bar{x} = 3.76$; Md = 4.00) e advocacia dos doentes ($\bar{x} = 3.82$; Md = 4.00). No global da subescala, podemos afirmar que os enfermeiros revelaram uma boa percepção das práticas de enfermagem ($\bar{x} = 4.09$; Md = 4.08). A variabilidade ou dispersão das respostas nas diversas dimensões foi algo heterogénea, atendendo a que foram observados desvios padrão compreendidos entre 0.44 e 0.70. A distribuição de resultados nas dimensões afastou-se significativamente de uma curva normal ($p < 0.050$). No entanto, tal não acontece no global onde observamos $p = 0.200$.

A subescala de eventos adversos permite avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência / risco desses mesmos eventos. A análise dos resultados apresentados na tabela 7 permitem-nos responder ao segundo objetivo e segunda questão de investigação - **Qual a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de ocorrência de eventos adversos?** Assim, verifica-se que os profissionais tenderam a revelar uma percepção de menor ocorrência/risco de EAs devidos a agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia ($\bar{x} = 2.03$; Md = 2.00) ou por erros de medicação ($\bar{x} = 2.24$; Md = 2.00). Em sentido oposto, os enfermeiros percecionam maior ocorrência/risco de quedas e de úlceras ($\bar{x} = 3.29$; Md = 3.00) e de IACS ($\bar{x} = 3.03$; Md = 3.00). Em termos globais os resultados desta subescala permitem constatar que os enfermeiros revelaram a percepção de baixa ocorrência/risco de EAs ($\bar{x} = 2.61$; Md = 2.58). A dispersão das respostas foi semelhante em todas as dimensões havendo contudo maior homogeneidade nas respostas na dimensão erros de medicação ($s = 0.55$) quando comparadas com a dimensão IACS ($s = 0.75$) onde ocorreu maior heterogeneidade nas respostas. Também nesta subescala todas as dimensões revelaram distribuição de frequência que não pode ser considerada próxima de uma curva normal ($p < 0.050$) mas, tal não acontece no global da subescala na qual o teste de normalidade revelou significância, $p = 0.200$.

Tabela 7. Medidas de tendência central para as dimensões e global das subescalas da escala EAAPE (N= 87)

Subescala	Dimensão	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	p
-----------	----------	-----------	----	---	------------	------------	---

Práticas de enfermagem	Falhas na administração da medicação	4.13	4.00	0.48	3.00	5.00	<0.001
	Falhas na preparação da medicação	3.38	3.17	0.70	2.17	5.00	<0.001
	Prevenção de úlceras de pressão	4.35	4.28	0.44	3.43	5.00	<0.001
	Cuidados com EPIS e higiene ambiental	4.32	4.33	0.50	3.00	5.00	<0.001
	Higienização das mãos	4.45	4.67	0.59	2.33	5.00	<0.001
	Prevenção de quedas	4.35	4.33	0.50	3.00	5.00	<0.001
	Falhas na vigilância da medicação	3.76	4.00	0.65	2.50	5.00	<0.001
	Privacidade e confidencialidade	4.34	4.50	0.57	3.00	5.00	<0.001
	Advocacia dos doentes	3.82	4.00	0.56	2.00	5.00	<0.001
	Vigilância dos doentes	3.89	4.00	0.59	2.50	5.00	<0.001
Global	4.09	4.08	0.36	3.35	4.93	0.200	
Eventos adversos	IACS	3.03	3.00	0.75	1.50	4.50	<0.001
	Erros de medicação	2.24	2.00	0.55	1.00	4.00	<0.001
	Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	2.57	2.50	0.70	1.00	4.00	<0.001
	Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	2.03	2.00	0.64	1.00	4.00	<0.001
	Risco de queda e risco de úlceras	3.29	3.00	0.78	2.00	5.00	<0.001
	Ocorrência de úlceras	2.44	2.00	0.62	2.00	5.00	<0.001
	Ocorrência de quedas	2.56	2.00	0.68	2.00	5.00	<0.001
	Global	2.61	2.58	0.44	1.67	3.42	0.200

Os dois itens da escala EAAPE destinados a avaliar a perceção geral da ocorrência de eventos adversos no serviço (tabela 8) revelam que apenas 41.3% dos elementos da amostra consideraram que a ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem nunca (10.3%) ou raramente (31.0%) compromete a segurança do doente. Já 19.6% apontam que os eventos associados às práticas de enfermagem frequentemente (12.7%) ou sempre (6.9%) comprometem a segurança do doente, ainda 39.1% afirmaram que os eventos adversos às vezes comprometem a segurança do doente.

Verificamos ainda, que somente 16.1% dos enfermeiros consideraram que os eventos adversos associados às práticas de enfermagem nunca (1.2%) ou raramente (14.9%) poderiam ser evitados. Por outro lado, 39.1% dos profissionais consideraram que estes eventos frequentemente (28.7%) ou sempre (10.4%) poderiam ser evitados. Constatamos, ainda, que 44.8% dos enfermeiros foram de opinião que os eventos adversos associados às práticas de enfermagem às vezes poderiam ser evitados.

Tabela 8. Distribuição dos elementos da amostra segundo as frequências nos 2 itens independentes da escala EAAPE de perceção geral da ocorrência de eventos adversos (N = 87)

Respostas	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	9	10.3	27	31.0	34	39.1	11	12.7	6	6.9

Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	1	1.2	13	14.9	39	44.8	25	28.7	9	10.4
--	---	-----	----	------	----	------	----	------	---	------

4.3 RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRÊNCIA DE EAs E ALGUMAS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

Seguidamente procedemos à apresentação dos resultados e da análise inferencial do global e das dimensões da subescala da EAAPE (perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas associadas à segurança do doente) e as variáveis idade, sexo, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional, serviço onde exerce funções e formação na área.

Relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e a idade

Na tabela 9 apresentamos os resultados do estudo de correlação entre a subescala práticas de enfermagem e a idade do enfermeiro de forma a testar a hipótese - **existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e a idade dos mesmos**. Atendendo às características das variáveis recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* e ao respetivo teste de significância. Como podemos constatar, foram encontradas correlações estatisticamente significativas em apenas duas dimensões: higienização das mãos ($r_s = -0.28$; $p = 0.009$) e advocacia dos doentes ($r_s = -0.39$; $p < 0.001$). Apesar de estatisticamente significativas, ambas as correlações são fracas. O facto de serem negativas, permite-nos ainda afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar pior perceção de cumprimento de práticas preventivas na higienização das mãos e na advocacia dos doentes.

Tabela 9. Correlações bivariadas de *Spearman* entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e a idade dos enfermeiros (N = 87)

Dimensão	Idade	
	r _s	p
Falhas na administração da medicação	-0.03	0.762
Falhas na preparação da medicação	+0.03	0.776
Prevenção de úlceras de pressão	-0.16	0.137
Cuidados com EPIS e higiene ambiental	-0.12	0.268
Higienização das mãos	-0.28	0.009
Prevenção de quedas	-0.03	0.756
Falhas na vigilância da medicação	-0.14	0.186
Privacidade e confidencialidade	-0.16	0.146
Advocacia dos doentes	-0.39	<0.001
Vigilância dos doentes	-0.04	0.747
Global	-0.15	0.168

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o Cumprimentos de práticas de enfermagem preventivas e ocorrência de EAs e o sexo dos enfermeiros

Aplicando o teste u de *Mann-Whitney* procedemos à comparação dos resultados das dimensões e da primeira subescala da escala EAAPE em função do sexo dos enfermeiros, testando assim a hipótese – **a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o sexo**. Os resultados que constituem a tabela 10 são reveladores de que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Podemos assim concluir que os enfermeiros do sexo feminino tendem a revelar percepção de cumprimento de práticas preventivas semelhantes à dos profissionais do sexo masculino, ou seja, os resultados não confirmam a hipótese.

Tabela 10. Teste U de *Mann-Whitney* para a comparação do global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função do sexo dos enfermeiros (N = 87)

Dimensão	Sexo	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	Z	p
Falhas na administração da medicação	Feminino	77	44.45	4.14	4.00	-0.463	0.643
	Masculino	10	40.55	4.07	4.00		
Falhas na preparação da medicação	Feminino	77	45.21	3.41	3.17	-1.249	0.212
	Masculino	10	34.65	3.18	2.92		
Prevenção de úlceras de pressão	Feminino	77	43.95	4.35	4.28	-0.054	0.957
	Masculino	10	44.40	4.36	4.36		
Cuidados com Epis e higiene ambiental	Feminino	77	44.35	4.33	4.33	-0.362	0.717
	Masculino	10	41.30	4.30	4.17		
Higienização das mãos	Feminino	77	42.89	4.42	4.67	-1.180	0.238
	Masculino	10	52.55	4.67	4.83		
Prevenção de quedas	Feminino	77	45.20	4.38	4.33	-1.267	0.205
	Masculino	10	34.75	4.13	4.67		
Falhas na vigilância da medicação	Feminino	77	44.37	3.77	4.00	-0.400	0.689
	Masculino	10	41.15	3.70	4.00		
Privacidade e confidencialidade	Feminino	77	44.08	4.34	4.50	-0.084	0.933
	Masculino	10	43.40	4.35	4.25		
Advocacia dos doentes	Feminino	77	44.32	3.83	4.00	-0.348	0.728
	Masculino	10	41.55	3.75	4.00		
Vigilância dos doentes	Feminino	77	45.06	3.92	4.00	-1.151	0.250
	Masculino	10	35.80	3.70	4.00		
Global	Feminino	77	44.68	4.10	4.10	-0.692	0.489
	Masculino	10	38.80	4.03	4.01		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e as habilitações profissionais dos enfermeiros

Relativamente à hipótese - **a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme as suas habilitações profissionais**, utilizámos o teste *Kruskal-Wallis* e o teste *Tukey* como teste *post-hoc*.

Os resultados que apresentamos na tabela 11 permitem constatar que apenas existe diferença estatisticamente significativa ($p = 0.001$) na dimensão referente à privacidade e confidencialidade. Aplicando o teste de *Tukey* identificamos que a diferença estatisticamente significativa ocorre entre os enfermeiros com o curso de licenciatura e os que têm uma especialização em enfermagem ($p = 0.004$), sendo que os primeiros evidenciam percepção mais elevada do cumprimento dessas práticas.

Tabela 11. Teste *Kruskal-Wallis* para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função das habilitações profissionais dos enfermeiros (N = 87)

Subescala	Dimensão	Habilitações profissionais	N	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
Práticas de enfermagem	Falhas na administração da medicação	Licenciatura em	62	44.81	4.14	4.00	1.153	0.562
		Enfermagem	9	35.56	4.01	3.86		
		Especialização em	16	45.59	4.19	4.00		
		Enfermagem Pós Graduação						
	Falhas na preparação da medicação	Licenciatura em	62	44.58	3.39	3.17	1.385	0.500
		Enfermagem	9	35.00	3.20	3.00		
		Especialização em	16	46.81	3.46	3.50		
		Enfermagem Pós Graduação						
	Prevenção de úlceras de pressão	Licenciatura em	62	44.85	4.37	4.43	0.480	0.787
		Enfermagem	9	38.67	4.25	4.14		
Especialização em		16	43.69	4.33	4.36			
Enfermagem Pós Graduação								
Cuidados com Epis e higiene ambiental	Licenciatura em	62	45.10	4.34	4.33	4.064	0.131	
	Enfermagem	9	28.50	4.04	4.00			
	Especialização em	16	48.47	4.43	4.50			
	Enfermagem Pós Graduação							
Higienização das mãos	Licenciatura em	62	46.10	4.51	4.67	2.841	0.242	
	Enfermagem	9	31.56	4.15	4.33			
	Especialização em	16	42.88	4.40	4.33			
	Enfermagem Pós Graduação							
Prevenção de quedas	Licenciatura em	62	45.81	4.39	4.33	1.249	0.535	
	Enfermagem	9	37.78	4.18	4.33			
	Especialização em	16	40.47	4.31	4.17			
	Enfermagem Pós Graduação							
Falhas na vigilância da medicação	Licenciatura em	62	44.77	3.77	4.00	1.020	0.600	
	Enfermagem	9	36.39	3.61	3.50			
	Especialização em	16	45.31	3.81	4.00			
	Enfermagem Pós Graduação							
Privacidade e confidencialidade	Licenciatura em	62	49.52	4.47	4.50	13.345	0.001	
	Enfermagem	9	21.39	3.83	4.00			
	Especialização em	16	35.31	4.12	4.00			
	Enfermagem Pós Graduação							
Advocacia dos doentes	Licenciatura em	62	44.54	3.85	4.00	0.984	0.611	
	Enfermagem	9	36.78	3.61	4.00			
	Especialização em	16	45.97	3.81	4.00			
	Enfermagem Pós Graduação							
Vigilância dos doentes	Licenciatura em	62	46.70	3.94	4.00	3.772	0.152	
	Enfermagem	9	30.83	3.61	3.50			

		Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	40.94	3.84	4.00		
Global		Licenciatura em Enfermagem	62	45.95	4.12	4.12	3.396	0.183
		Especialização em Enfermagem	9	29.39	3.89	3.72		
		Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	44.66	4.11	4.04		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e a categoria profissional dos enfermeiros

De modo semelhante e com o objetivo de testar a hipótese - a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas preventivas é diferente conforme a sua categoria profissional, procedemos à comparação dessa percepção consoante a categoria profissional. Os resultados que apresentamos na tabela 12 revelam que não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa. Este facto leva-nos a concluir que a percepção dos enfermeiros não é influenciada pela sua categoria profissional.

Tabela 12. Teste *Kruskal-Wallis* para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função da categoria profissional dos enfermeiros (N = 87)

Dimensão	Categoria profissional	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	P
Falhas na administração da medicação	Enfermeiro	58	42.33	4.09	4.00	1.129	0.569
	Enfermeiro Graduado	20	49.20	4.27	4.21		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	43.22	4.11	4.14		
Falhas na preparação da medicação	Enfermeiro	58	43.39	3.34	3.17	3.923	0.141
	Enfermeiro Graduado	20	51.35	3.62	3.58		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	31.61	3.11	2.83		
Prevenção de úlceras de pressão	Enfermeiro	58	46.83	4.40	4.43	2.886	0.236
	Enfermeiro Graduado	20	40.93	4.28	4.28		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	32.61	4.14	4.14		
Cuidados com EPIS e higiene ambiental	Enfermeiro	58	46.53	4.38	4.42	2.535	0.282
	Enfermeiro Graduado	20	41.65	4.27	4.33		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	32.89	4.13	4.17		
Higienização das mãos	Enfermeiro	58	48.15	4.54	4.67	5.643	0.060
	Enfermeiro Graduado	20	33.35	4.20	4.17		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	40.94	4.44	4.33		
Prevenção de quedas	Enfermeiro	58	45.30	4.38	4.33	1.804	0.406
	Enfermeiro Graduado	20	44.90	4.37	4.50		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	33.61	4.11	4.00		
Falhas na vigilância da medicação	Enfermeiro	58	46.72	3.84	4.00	2.447	0.294
	Enfermeiro Graduado	20	39.88	3.65	4.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	35.61	3.56	3.50		
Privacidade e confidencialidade	Enfermeiro	58	46.97	4.40	4.50	4.334	0.115
	Enfermeiro Graduado	20	41.95	4.32	4.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	29.44	4.00	4.00		
Advocacia dos doentes	Enfermeiro	58	47.26	3.90	4.00	3.582	0.167
	Enfermeiro Graduado	20	39.03	3.72	3.75		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	34.06	3.50	3.50		
Vigilância dos doentes	Enfermeiro	58	45.25	3.91	4.00	3.369	0.186
	Enfermeiro Graduado	20	46.58	3.95	4.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	30.22	3.61	3.50		
Global	Enfermeiro	58	45.97	4.12	4.11	3.646	0.177
	Enfermeiro Graduado	20	44.95	4.10	4.11		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	29.22	3.90	3.72		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros

A aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman* e o respectivo teste de significância, permitiu estudar a existência ou não de relação entre a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas preventivas com o tempo de exercício profissional, conforme a hipótese - **existe relação entre a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e o tempo de exercício profissional.**

Como podemos constatar pelos resultados que apresentamos na tabela 13, existe correlação fraca mas estatisticamente significativa nas dimensões higienização das mãos ($r_s = -0.29$; $p = 0.007$), advocacia dos doentes ($r_s = -0.30$; $p = 0.005$) e no global da subescala práticas de enfermagem ($r_s = -0.23$; $p = 0.031$). Atendendo a que todas estas correlações são negativas, podemos afirmar que os enfermeiros com mais tempo de serviço tendem a evidenciar percepção de piores práticas de preventivas nas dimensões atrás mencionadas e no global da subescala.

Concluimos que a hipótese é confirmada nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes da subescala práticas de enfermagem e, também, no respectivo global.

Tabela 13. Correlações bivariadas de *Spearman* entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros (N= 87)

Dimensão	Tempo de exercício profissional	
	r_s	p
Falhas na administração da medicação	-0.08	0.460
Falhas na preparação da medicação	-0.07	0.507
Prevenção de úlceras de pressão	-0.21	0.054
Cuidados com EPIs e higiene ambiental	-0.19	0.080
Higienização das mãos	-0.29	0.007
Prevenção de quedas	-0.07	0.518
Falhas na vigilância da medicação	-0.19	0.084
Privacidade e confidencialidade	-0.20	0.068
Advocacia dos doentes	-0.30	0.005
Vigilância dos doentes	-0.08	0.461
Global	-0.23	0.031

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e serviço em que os enfermeiros desempenham a sua atividade

Aplicando o teste U de *Mann-Whitney* procedemos à comparação dos resultados obtidos da subescala das práticas de enfermagem e respectivas dimensões conforme o serviço em que os enfermeiros desempenhavam funções, validando assim, ou não, a hipótese - **a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade** (medicina e cirurgia).

Os resultados que constituem a tabela 14 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas na subescala das práticas de enfermagem ao nível das dimensões: falhas na preparação da medicação ($p = 0.001$), prevenção de úlceras de pressão ($p = 0.043$), prevenção de quedas ($p = 0.009$), falhas na vigilância da medicação ($p = 0.026$), vigilância dos doentes ($p = 0.004$) e no global da subescala ($p = 0.002$). Comparando os valores das medidas de tendência central verificamos que os enfermeiros que desempenhavam funções no serviço de cirurgia evidenciam percepção de melhores práticas de preventivas.

Tabela 14. Correlações bivariadas de *Spearman* entre o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem e o serviço onde desempenham funções (N= 87)

Dimensão	Serviço	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Falhas na administração da medicação	Medicina	52	40.63	4.06	4.00	-1.532	0.126
	Cirurgia	35	49.01	4.25	4.00		
Falhas na preparação da medicação	Medicina	52	36.90	3.19	3.00	-3.207	0.001
	Cirurgia	35	54.54	3.67	3.50		
Prevenção de úlceras de pressão	Medicina	52	39.52	4.26	4.29	-2.029	0.043
	Cirurgia	35	50.66	4.48	4.43		
Cuidados com EPIs e higiene ambiental	Medicina	52	40.74	4.26	4.25	-1.478	0.138
	Cirurgia	35	48.84	4.43	4.50		
Higienização das mãos	Medicina	52	41.18	4.38	4.33	-1.315	0.189
	Cirurgia	35	48.19	4.55	4.67		
Prevenção de quedas	Medicina	52	38.36	4.24	4.17	-2.615	0.009
	Cirurgia	35	52.39	4.52	4.33		
Falhas na vigilância da medicação	Medicina	52	39.31	3.63	4.00	-2.227	0.026
	Cirurgia	35	50.97	3.96	4.00		
Privacidade e confidencialidade	Medicina	52	42.58	4.29	4.25	-0.674	0.501
	Cirurgia	35	46.11	4.41	4.50		
Advocacia dos doentes	Medicina	52	42.98	3.79	4.00	-0.490	0.624
	Cirurgia	35	45.51	3.87	4.00		
Vigilância dos doentes	Medicina	52	37.97	3.74	4.00	-2.862	0.004
	Cirurgia	35	52.96	4.11	4.00		
Global	Medicina	52	37.08	3.99	3.95	-3.118	0.002
	Cirurgia	35	54.29	4.24	4.25		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de EAs e terem, ou não, frequentado formação sobre eventos adversos associados às práticas de enfermagem

Por último, aplicámos o teste U de *Mann-Whitney* para comparar a percepção sobre as práticas de enfermagem em função do facto do enfermeiro ter, ou não, feito formação nesta área. Assim testamos a hipótese formulada - **a percepção dos enfermeiros sobre**

o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o facto de terem ou não, frequentado formação na área dos eventos adversos do doente.

Os resultados da tabela 15 permitem-nos identificar diferenças com significado estatístico na subescala das práticas de enfermagem, apenas na dimensão falhas na preparação da medicação ($p = 0.038$). Comparando dos valores médios e medianos podemos inferir que os enfermeiros que fizeram formação na área dos EAs tendem a evidenciar pior perceção sobre o cumprimento de práticas preventivas de enfermagem nesta dimensão.

Tabela 15. Teste U de *Mann-Whitney* para o global e dimensões da subescala práticas de enfermagem em função de ter ou não frequentado formação na temática (N= 87)

Dimensão	Frequentou formação	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
Falhas na administração da medicação	Sim	47	44.81	4.15	4.14	-0.326	0.744
	Não	40	43.05	4.12	4.00		
Falhas na preparação da medicação	Sim	47	38.84	3.25	3.00	-2.073	0.038
	Não	40	50.06	3.53	3.50		
Prevenção de úlceras de pressão	Sim	47	46.20	4.39	4.28	-0.887	0.375
	Não	40	41.41	4.30	4.43		
Cuidados com Epis e higiene ambiental	Sim	47	43.51	4.33	4.33	-0.197	0.844
	Não	40	44.58	4.32	4.33		
Higienização das mãos	Sim	47	44.19	4.45	4.67	-0.079	0.937
	Não	40	43.78	4.46	4.67		
Prevenção de quedas	Sim	47	45.78	4.38	4.33	-0.732	0.464
	Não	40	41.91	4.32	4.33		
Falhas na vigilância da medicação	Sim	47	44.71	3.77	4.00	-0.301	0.764
	Não	40	43.16	3.76	4.00		
Privacidade e confidencialidade	Sim	47	44.21	4.35	4.00	-0.090	0.929
	Não	40	43.75	4.32	4.50		
Advocacia dos doentes	Sim	47	42.62	3.82	4.00	-0.592	0.554
	Não	40	45.63	3.82	4.00		
Vigilância dos doentes	Sim	47	44.56	3.90	4.00	-0.238	0.812
	Não	40	43.34	3.88	4.00		
Global	Sim	47	43.84	4.08	4.10	-0.064	0.949
	Não	40	44.19	4.10	4.06		

Estes resultados permitem-nos responder à questão de investigação - **existe relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos com algumas características socioprofissionais?** Verificamos com os resultados obtidos que a perceção está relacionada com a idade dos mesmos, sendo que à medida que a idade aumenta há pior perceção de cumprimento das práticas preventivas de enfermagem. Está também relacionado com as habilitações profissionais sendo que os enfermeiros que possuem licenciatura evidenciaram perceção de melhores práticas em termos de privacidade e confidencialidade, que os enfermeiros que possuem uma especialização em enfermagem. Constatámos também, relação com o tempo de exercício profissional, sendo que os enfermeiros que trabalham há mais tempo tendem a perceberem piores práticas preventivas nas dimensões higienização das mãos, privacidade e confidencialidade e no global da subescala. Em função do serviço em que desempenham funções, verifica-se que os enfermeiros do serviço de cirurgia

percecionam melhores práticas em termos de falhas na preparação da medicação, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, falhas na vigilância da medicação, vigilância dos doentes e no global. Por último constata-se que os enfermeiros que não frequentaram formação na área tendem a evidenciar perceção de melhores práticas preventivas, nomeadamente nas falhas na preparação da medicação.

4.4 RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs E ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

A seguir procedemos à apresentação e análise dos resultados da estatística inferencial das dimensões e a subescala eventos adversos e as variáveis idade, sexo, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional, serviço onde exerce funções e formação na área dos EAs.

Relação entre a perceção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e a idade dos enfermeiros

Na tabela 16 apresentamos os resultados do estudo da correlação entre os dados da subescala de EAs e a idade do enfermeiro de forma a testar a hipótese - **existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e a idade dos mesmos**. Observámos correlação fraca, mas estatisticamente significativa na dimensão ocorrência de quedas ($r_s = +0.21$; $p = 0.048$) da subescala dos eventos adversos. Atendendo a que a correlação é positiva, podemos afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a revelar uma perceção mais elevada de ocorrência de quedas.

Tabela 16. Correlações bivariadas de *Spearman* entre o global e a subescala eventos adversos e a idade dos enfermeiros (n = 87)

Dimensão	Idade	
	r_s	p
IACS	-0.03	0.799
Erros de medicação	-0.09	0.426
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	+0.06	0.548
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	+0.04	0.702
Risco de queda e risco de úlceras	-0.06	0.554
Ocorrência de úlceras	+0.10	0.353
Ocorrência de quedas	+0.21	0.048
Global	0.02	0.841

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e o sexo dos enfermeiros

Com o teste U de *Mann-Whitney* comparámos os resultados das dimensões e subescala EAs em função do sexo dos enfermeiros, testando assim a hipótese formulada - **a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o sexo**. Os resultados que apresentamos na tabela 17 são reveladores de que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Podemos assim concluir que os enfermeiros do sexo feminino tendem a revelar percepção de ocorrência/risco de eventos adversos semelhantes à dos profissionais do sexo masculino, ou seja, os resultados não confirmam esta hipótese.

Tabela 17. Teste U de *Mann-Whitney* para o global e dimensões da subescala EAs em função do sexo dos enfermeiros (n = 87)

Dimensão	Sexo	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	Z	p
IACS	Feminino	77	44.33	3.04	3.00	-0.350	0.727
	Masculino	10	41.45	2.95	3.00		
Erros de medicação	Feminino	77	44.77	2.25	2.00	-0.841	0.401
	Masculino	10	38.05	2.10	2.00		
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	Feminino	77	44.65	2.58	2.50	-0.688	0.492
	Masculino	10	39.00	2.50	2.25		
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	Feminino	77	43.71	2.01	2.00	-0.307	0.759
	Masculino	10	46.20	2.20	2.00		
Risco de queda e risco de úlceras	Feminino	77	43.18	3.27	3.00	-0.862	0.389
	Masculino	10	50.35	3.45	3.50		
Ocorrência de úlceras	Feminino	77	45.06	2.47	2.00	-1.283	0.200
	Masculino	10	35.80	2.20	2.00		
Ocorrência de quedas	Feminino	77	44.60	2.58	2.00	-0.691	0.490
	Masculino	10	39.40	2.40	2.00		
Global	Feminino	77	44.19	2.61	2.58	-0.193	0.847
	Masculino	10	42.55	2.58	2.58		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e as habilitações profissionais dos enfermeiros

Para perceber se a ocorrência/risco de EAs é diferente em função das habilitações profissionais, conforme a hipótese previamente formulada - **a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme as suas habilitações profissionais**, utilizámos o teste *Kruskal-Wallis* e o teste *Tukey*, como teste *post-hoc*.

Os resultados que apresentamos na tabela 18 permitem verificar a existência de diferença estatisticamente significativa ($p = 0.039$) em termos da percepção do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, na subescala dos eventos adversos. O teste *Tukey* revelou que a diferença significativa ocorre entre os enfermeiros com pós-graduação e os enfermeiros com especialização ($p = 0.042$). Os resultados das medidas de tendência central revelam que os enfermeiros com pós-graduação evidenciam percepção de risco mais elevado de IACS que os enfermeiros especializados.

Tabela 18. Teste U de *Mann-Whitney* para o global e dimensões da subescala EAs em função do sexo dos enfermeiros (N= 87)

Dimensão	Habilitações profissionais	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
IACS	Licenciatura em Enfermagem	62	42.09	2.98	3.00	6.475	0.039
	Enfermagem	9	33.89	2.72	2.50		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	57.09	3.44	3.75		
Erros de medicação	Licenciatura em Enfermagem	62	43.27	2.21	2.00	0.232	0.890
	Enfermagem	9	44.78	2.22	2.00		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	46.41	2.34	2.00		
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	Licenciatura em Enfermagem	62	44.73	2.60	2.50	1.400	0.497
	Enfermagem	9	49.33	2.67	3.00		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	38.16	2.44	2.50		
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	Licenciatura em Enfermagem	62	41.89	1.98	2.00	3.880	0.144
	Enfermagem	9	58.83	2.50	2.50		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	43.84	2.00	2.00		
Risco de queda e risco de úlceras	Licenciatura em Enfermagem	62	43.56	3.27	3.00	0.206	0.902
	Enfermagem	9	42.61	3.22	3.50		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	46.47	3.38	3.50		
Ocorrência de úlceras	Licenciatura em Enfermagem	62	44.63	2.47	2.00	1.180	0.554
	Enfermagem	9	36.72	2.22	2.00		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	45.66	2.44	2.00		
Ocorrência de quedas	Licenciatura em Enfermagem	62	42.89	2.55	2.00	0.892	0.640
	Enfermagem	9	50.33	2.67	3.00		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	44.75	2.56	2.50		
Global	Licenciatura em Enfermagem	62	42.70	2.59	2.58	0.584	0.747
	Enfermagem	9	46.50	2.63	2.75		
	Especialização em Enfermagem Pós Graduação	16	47.63	2.68	2.62		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e a categoria profissional dos enfermeiros

Utilizando as mesmas técnicas com o objetivo de testar a hipótese - **a percepção dos enfermeiros sobre ocorrência / risco de EAs é diferente conforme a sua categoria profissional**. Procedemos à comparação da percepção da ocorrência/risco de eventos adversos associados às práticas de enfermagem em função da categoria profissional. Os resultados que apresentamos na tabela 19 revelam que não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa. Este facto leva-nos a concluir que a percepção dos enfermeiros não é influenciada pela sua categoria profissional. Assim, não se confirma a hipótese anteriormente formulada.

Tabela 19. Teste U de *Mann-Whitney* para o global e dimensões da subescala EAs em função das habilitações profissionais dos enfermeiros (N= 87)

Dimensão	Categoria profissional	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	χ^2	p
IACS	Enfermeiro	58	42.94	3.01	3.00	0.527	0.768
	Enfermeiro Graduado	20	44.75	3.05	3.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	49.17	3.17	3.50		
Erros de medicação	Enfermeiro	58	45.66	2.28	2.00	2.407	0.300
	Enfermeiro Graduado	20	36.98	2.05	2.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	48.89	2.33	2.50		
Risco de agravamento por déficit de vigilância e julgamento clínico	Enfermeiro	58	43.80	2.57	2.50	0.069	0.966
	Enfermeiro Graduado	20	45.13	2.60	3.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	42.78	2.56	2.50		
Risco de agravamento por delegação inapropriada e déficit de advocacia	Enfermeiro	58	42.86	2.00	2.00	4.715	0.095
	Enfermeiro Graduado	20	40.03	1.92	2.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	60.17	2.50	2.50		
Risco de queda e risco de úlceras	Enfermeiro	58	47.91	3.41	3.50	4.452	0.108
	Enfermeiro Graduado	20	35.15	3.02	3.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	38.44	3.06	3.50		
Ocorrência de úlceras	Enfermeiro	58	43.11	2.41	2.00	0.298	0.862
	Enfermeiro Graduado	20	45.70	2.50	2.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	45.94	2.44	2.00		
Ocorrência de quedas	Enfermeiro	58	42.80	2.53	2.00	2.379	0.304
	Enfermeiro Graduado	20	42.58	2.55	2.00		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	54.89	2.78	3.00		
Global	Enfermeiro	58	44.40	2.62	2.58	1.514	0.469
	Enfermeiro Graduado	20	39.40	2.53	2.54		
	Enfermeiro Especialista ou com especialidade	9	51.67	2.70	3.00		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros

A aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância permitiu estudar a existência ou não de relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e o tempo de exercício profissional, conforme a hipótese - **existe relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência /risco de EAs e o tempo de exercício profissional.**

Como podemos constatar pelos resultados que apresentamos na tabela 20, não foi observada qualquer correlação estatisticamente significativa nas dimensões e no global da percepção de ocorrência/risco de EAs. Concluindo assim que esta hipótese não se confirma.

Tabela 20. Correlações bivariadas de *Spearman* o global das dimensões da subescala EAs e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros (N= 87)

Dimensão	Tempo de exercício profissional	
	r_s	p
IACS	+0.07	0.505
Erros de medicação	+0.02	0.837
Risco de agravamento por déficit de vigilância e julgamento clínico	+0.13	0.239
Risco de agravamento por delegação inapropriada e déficit de advocacia	+0.15	0.171
Risco de queda e risco de úlceras	+0.01	0.970
Ocorrência de úlceras	+0.12	0.287
Ocorrência de quedas	+0.18	0.104
Global	+0.14	0.196

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e o serviço em que os enfermeiros desempenham a sua atividade

O teste U de *Mann-Whitney* permitiu-nos comparar os dados obtidos através da subescala EAs e respetivas dimensões conforme o serviço em que os enfermeiros desempenhavam funções, validando assim, ou não, a hipótese - **a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade** (medicina e cirurgia).

Os resultados que constituem a tabela 21 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões IACS ($p = 0.001$), erros de medicação ($p = 0.002$), risco de queda e risco de úlceras ($p = 0.038$), ocorrência de úlceras ($p = 0.002$), ocorrência de quedas ($p < 0.001$) e no global da subescala eventos adversos ($p < 0.001$). Os resultados obtidos revelam que os enfermeiros que trabalham no serviço de cirurgia tendem a revelar percepção de menor risco de ocorrência de eventos adversos. Estes resultados permitem-nos aceitar a hipótese anterior.

Tabela 21. Correlações bivariadas de *Spearman* o global das dimensões da subescala EAs e o serviço onde desempenham funções (N= 87)

Dimensão	Serviço	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
IACS	Medicina	52	51.17	3.25	3.25	-3.327	0.001
	Cirurgia	35	33.34	2.71	3.00		
Erros de medicação	Medicina	52	50.52	2.36	2.50	-3.115	0.002
	Cirurgia	35	34.31	2.04	2.00		
Risco de agravamento por déficit de vigilância e julgamento clínico	Medicina	52	45.02	2.60	2.50	-0.474	0.635
	Cirurgia	35	42.49	2.53	2.50		
Risco de agravamento por delegação inapropriada e déficit de advocacia	Medicina	52	46.74	2.10	2.00	-1.292	0.196
	Cirurgia	35	39.93	1.93	2.00		
Risco de queda e risco de úlceras	Medicina	52	48.53	3.40	3.50	-2.078	0.038
	Cirurgia	35	37.27	3.11	3.00		
Ocorrência de úlceras	Medicina	52	49.97	2.58	3.00	-3.159	0.002
	Cirurgia	35	35.13	2.23	2.00		
Ocorrência de quedas	Medicina	52	52.18	2.77	3.00	-4.158	<0.001
	Cirurgia	35	31.84	2.25	2.00		
Global	Medicina	52	51.72	2.73	2.75	-3.484	<0.001
	Cirurgia	35	32.53	2.43	2.42		

Relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência / risco de EAs e terem, ou não, frequentado formação na temática dos eventos adversos

Aplicando, novamente, o teste U de *Mann-Whitney* para comparar a percepção sobre a ocorrência/risco de EAs em função do facto do enfermeiro ter, ou não, feito formação nesta área. Testamos assim a última hipótese formulada - **a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o facto de terem, ou não frequentado formação nesta área.**

Os resultados da tabela 22 permitem-nos inferir que os dados da subescala ocorrência/risco de EAs não são diferentes consoante o enfermeiro tenha feito ou não formação sobre estes eventos associados às práticas de enfermagem, conseqüentemente, podemos afirmar que a percepção acerca do risco/ocorrência de eventos adversos não é diferente conforme a frequência, ou não de formação na área dos eventos adversos associados às práticas de enfermagem, não se confirmando a hipótese.

Tabela 22. Teste U de *Mann-Whitney* para o global e dimensões da subescala EAS em função do facto do enfermeiro ter frequentado formação na temática dos eventos adversos (N= 87)

Dimensão	Frequentou formação	n	\bar{x}_{ord}	\bar{x}	Md	z	p
IACS	Sim	47	44.83	3.05	3.00	-0.342	0.732
	Não	40	43.03	3.01	3.00		
Erros de medicação	Sim	47	45.95	2.27	2.00	-0.827	0.408
	Não	40	41.71	2.20	2.00		
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	Sim	47	44.70	2.58	3.00	-0.291	0.771
	Não	40	43.18	2.56	2.50		
Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	Sim	47	45.85	2.10	2.00	-0.776	0.438
	Não	40	41.83	1.96	2.00		
Risco de queda e risco de úlceras	Sim	47	45.01	3.32	3.50	-0.412	0.680
	Não	40	42.81	3.25	3.00		
Ocorrência de úlceras	Sim	47	40.74	2.32	2.00	-1.532	0.126
	Não	40	47.83	2.58	2.00		
Ocorrência de quedas	Sim	47	44.84	2.57	3.00	-0.380	0.704
	Não	40	43.01	2.55	2.00		
Global	Sim	47	45.35	2.63	2.67	-0.542	0.588
	Não	40	42.41	2.59	2.58		

Em síntese, estes resultados permitem-nos responder à questão de investigação **Existe relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre a ocorrência/ risco de ocorrência de EAs com algumas características socioprofissionais?** Verificámos que esta percepção está relacionada com a idade sendo que os enfermeiros mais velhos percebem maior ocorrência de quedas. Está também relacionada com as habilitações profissionais, enfermeiros que possuem alguma pós-graduação evidenciam percepção de maior ocorrência de IACS que os enfermeiros com a especialização. Verificámos ainda, que se relaciona com o serviço em que os enfermeiros exercem funções assim os enfermeiros que desenvolvem atividade profissional nos serviços de cirurgia percebem menor ocorrência de IACS, erros de medicação, maior risco de

queda e de úlceras e ainda maior ocorrência de úlceras e de quedas. Constata-se ainda que estes percebem maior ocorrência de EAs na globalidade da escala.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à confrontação dos resultados com o referencial teórico que sustentou a investigação de acordo com os objetivos do estudo e as hipóteses formuladas.

A interpretação dos resultados e a extrapolação dos mesmos deve ser realizada com precaução tendo em conta as limitações do estudo, entre as quais a dimensão da amostra. Embora este tenha sido desenvolvido numa realidade concreta, utilizando um instrumento de colheita de dados testado e validado na nossa realidade, considerámo-lo uma mais-valia para a validação científica dos resultados.

Este estudo foi realizado com uma amostra de 87 enfermeiros que desempenhavam funções nos serviços de internamento de medicina (59,8%) e de cirurgia (40,2%). Com idades compreendidas entre os 22 e os 56 anos, apresentando valor médio de 35,63 anos. Verificámos uma maioria de enfermeiros do sexo feminino (88,5%), o que vai de encontro aos dados estatísticos da OE de 2014, em que de um universo de 66452 enfermeiros ativos, 54374 (81,82%) eram do sexo feminino.

No que se refere às habilitações literárias, verificámos que a grande maioria dos enfermeiros (92%), são licenciados, sendo a percentagem de enfermeiros com mestrado de 8%, ressalva-se a inexistência de enfermeiros com bacharelato. Em relação às habilitações profissionais a maioria (71,3%) dos enfermeiros é licenciado em enfermagem, 18,3% tem uma pós-graduação e 10,3% especialização em enfermagem. Estes dados estão de acordo com a reestruturação que o curso de enfermagem tem vindo a sofrer ao longo dos anos. É clara a tendência evolutiva das habilitações académicas e profissionais dos enfermeiros portugueses. Em 1999 o curso de enfermagem passou de bacharelato para licenciatura, tendo sido permitido ao longo dos anos, aos enfermeiros no exercício profissional realizarem o complemento de formação por forma a adquirirem o grau de licenciatura. Constatámos que na nossa amostra a percentagem de enfermeiros especialista é baixa, correspondendo aproximadamente a metade dos dados referidos pela OE (2015), em que a percentagem de enfermeiros especialistas é cerca de 20,9% da globalidade dos enfermeiros ativos. A especialidade com maior expressão é a de reabilitação, o que está de acordo com os dados referidos pela OE. Consideramos que para estes achados concorrem a sobrecarga horária a que os enfermeiros têm vindo a ser sujeitos, a reestruturação da carreira de enfermagem e,

o não incentivo das instituições empregadoras, leva a que os enfermeiros estejam menos disponíveis para o investimento pessoal na formação. Os enfermeiros têm ainda passado por um período de conturbação profissional pela incerteza da evolução da carreira profissional. A OE (2014) faz eco desta problemática, num comunicado em que revela o enorme nível de insatisfação dos enfermeiros com a progressão na carreira e com o nível salarial.

No estudo, a maioria (66,7%) dos enfermeiros, está na categoria profissional de enfermeiro. Todavia e fazendo o paralelismo com a nova carreira de enfermagem aprovada pelo Decreto de Lei nº 248/2009 de 22 de setembro, contempla somente duas categorias, enfermeiro e enfermeiro principal, todos os enfermeiros da amostra estão colocados na categoria de enfermeiro, não existindo nenhum enfermeiro especialista remanescente da carreira anterior. Acresce ainda, que desde a transição para a nova carreira, não existiram concursos para enfermeiro principal.

No que concerne ao tempo médio de serviço, é de 12.66 anos, sendo que 15% dos enfermeiros têm tempo inferior a 5 anos e 28,7% têm entre 10 a 15 anos de serviço.

Freitas e Parreira (2013) afirmam que a combinação adequada de enfermeiros, com diferentes níveis de competências e consequentemente diferentes necessidades de supervisão, é essencial e a sua inexistência poderá conduzir a erros que poderão resultar em danos para os clientes e para a organização. É importante para a maturidade da equipa que esta não seja constituída predominantemente por enfermeiros recém-formados, em que a sua pouca experiência profissional lhes pode dificultar juízos e cuidados de maior complexidade e mais diferenciados. A este propósito Castilho citando Phaneuf (2014) refere que o julgamento clínico é determinante na prestação de cuidados de enfermagem e, que esse mesmo julgamento exige maturidade intelectual e profissional.

Sendo a experiência profissional dos enfermeiros um fator preponderante para os cuidados, essa não é substituto da formação, é antes construída e desenvolvida assente num referencial teórico fulcral para o desenvolvimento de competências (Long e Bernier 2004, como referido por Gonçalves, 2015). A competência adquire-se nos contextos práticos embora suportada pelo conhecimento teórico, pode acreditar-se que os anos de serviço conferem competência aos enfermeiros.

Dos enfermeiros inquiridos, 54% referiram ter frequentado formação sobre EAs. A formação em enfermagem é fundamental para uma constante atualização e desenvolvimento de práticas atualizadas baseadas na evidência. Cada vez mais se preconiza que os profissionais sejam ativos e responsáveis pela sua formação. A OE

descreve como uma das competências do enfermeiro generalista, o desenvolvimento profissional, pela valorização profissional, pela melhoria contínua e pela formação profissional (2011). É também contemplado no Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) o dever de assegurar a atualização permanente dos conhecimentos designadamente pela frequência de ações de qualificação profissional.

5.1 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRÊNCIA DE EAs

A aplicação da subescala das Práticas de Enfermagem da escala EAAPE permite avaliar a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas preventivas, bem como a aplicação de normas orientadoras das práticas preventivas de ocorrência de eventos adversos, respondendo assim à primeira questão de investigação: **Qual a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas de ocorrência de EAs?**

Verificámos que no global os enfermeiros revelam uma boa percepção do cumprimento de práticas preventivas de enfermagem, sendo que 16,1% dos enfermeiros referem que nunca ou raramente os EAs associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados. Nunes (2007) refere que os enfermeiros têm o dever de excelência, e daí decorre que devem assegurar aos utentes cuidados seguros promovendo um ambiente seguro, acrescenta ainda que a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade dos cuidados se reforça. Assim, têm o dever ético e deontológico de possuir e assegurar os conhecimentos científicos e técnicos para o adequado desenvolvimento da sua profissão, garantindo o respeito pela vida, dignidade humana, pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

A subescala está organizada em dimensões sendo a dimensão prevenção de úlceras de pressão e a higienização das mãos as dimensões que obtiveram valores mais elevados, revelando assim percepção de melhores práticas. A incidência de UPP é um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem por serem evitáveis. As políticas e medidas preventivas devem ser instituídas desde a admissão do utente na instituição de saúde, são fulcrais, evitam sofrimento e custos adicionais e dispendiosos para o doente/ família, e para as instituições (Jaul, 2008).

No processo de avaliação do risco para o desenvolvimento de UPP é imprescindível identificar os utentes com potencial para UPP, pois só assim é que se podem

implementar medidas específicas e direcionar o cuidado de enfermagem (Cresmasco, Wenzel, Sardinha, Zanei, Whitaker, 2009). Além desta identificação, a DGS (2013) refere que o registo e a caracterização das UPP são indispensáveis para a monitorização efetiva dos cuidados prestados aos utentes, pois só assim se consegue estabelecer adequadamente medidas de tratamento e melhoria nos cuidados prestados. Pinni (2012) nas conclusões do seu estudo refere que para prevenir as UPP é necessário garantir um ambiente seguro e manter as dotações profissionais adequadas. De acordo com a bibliografia consultada a sobrecarga laboral pode ser um fator desencadeante de UPP, podendo levar à valorização de determinadas práticas consideradas como prioritárias em detrimento da implementação de cuidados preventivos das UPP.

Na instituição onde foi desenvolvido o estudo tem sido dada grande importância à prevenção de UPP, sendo que é aplicado a todos os utentes a *Escala de Braden*, esta é percebida pelos enfermeiros como um valioso instrumento orientador de intervenções adequadas baseadas na evidência. Neste sentido é ainda realizada uma monitorização da incidência - prevalência de UPP, o que permite aos profissionais conhecerem e perceberem a evolução das UPP ao longo do internamento de acordo com os cuidados de enfermagem, promovendo ainda a reflexão sobre as práticas de enfermagem.

De acordo com Pini (2012), o sucesso das intervenções com o objetivo de prevenção das UPP, depende além dos profissionais de saúde, das instituições e do sistema de saúde. Às instituições de saúde compete proporcionar condições para atividades de prevenção, garantir um ambiente seguro, apoiar e valorizar as iniciativas preventivas e manter as dotações necessárias de profissionais. Ao sistema de saúde incube promover educação/formação contínua e permanente dos profissionais, estimular a investigação científica com foco na excelência clínica, assegurando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. É fulcral uma cultura organizacional com ênfase na prevenção e a colaboração dos parceiros envolvidos para a diminuição das taxas de prevalência e de incidência das UPP.

Também a dimensão higienização das mãos obteve uma pontuação elevada, revelando que esta prática é valorizada pelos profissionais. De realçar que em 2005 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS propôs o primeiro Desafio Global, denominado "Cuidado Limpo é Cuidado mais Seguro", em que um dos seus principais objetivos era o aprimoramento de práticas de higienização das mãos. Portugal aderiu oficialmente a este desafio em 2008, tendo-se iniciado em 2009 a Campanha Nacional de Higienização das Mãos nos hospitais. Desde então decorreram várias formações, ações de sensibilização, observações de lavagem das mãos ao longo dos tempos, pelo

que a taxa de adesão global dos profissionais de saúde à higiene das mãos tem vindo a aumentar progressivamente (DGS, 2014). O centro hospitalar onde foi desenvolvido o estudo desde sempre se envolveu nesta campanha, o que também pode justificar a pontuação elevada nesta dimensão, os enfermeiros dos diferentes serviços, nomeadamente os envolvidos no estudo, são alvo de auditorias / observações relacionadas com a lavagem das mãos, sendo também um item avaliado na avaliação de desempenho.

A dimensão prevenção de quedas é também uma das dimensões valorizadas pelos enfermeiros. A ocorrência de quedas durante um internamento é considerada uma das mais importantes quebras de segurança, sendo um dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Abreu, Mendes, Monteiro e Santos, 2012). Nos últimos anos os enfermeiros têm sido fortemente sensibilizados para esta problemática, tendo ocorrido a mobilização de todos os intervenientes para desenvolvimento de uma cultura de qualidade, otimizando medidas preventivas de ocorrência de quedas. Para uma adequada intervenção torna-se “necessário e útil a utilização de instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de risco de queda do doente” (Almeida, Abreu e Mendes, 2010, p.164). Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro com as políticas de prevenção de quedas implementadas na instituição onde a investigação decorreu, onde desde 2009 que se realiza a sua monitorização com a Escala de Morse no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, estando padronizadas intervenções para cada nível de risco. Esta escala deve ser aplicada a todos utentes até às primeiras 24h de admissão e está implementada em todos os serviços da instituição. Há ainda, uma monitorização mensal da ocorrência de quedas, sendo os resultados partilhados e discutidos em equipa de forma a encontrarem estratégias preventivas.

Não é indissociável, também aqui, a prevenção de quedas das dotações de enfermagem dos serviços. Vários estudos têm mostrado a relação entre a carga laboral dos enfermeiros e a qualidade e segurança dos cuidados prestados, sendo constatado uma relação inversa entre o quociente enfermeira/utentes e o número de acidentes com efeitos negativos quer para os utentes quer para os profissionais (Carlesi, Padilha, Toffoletto, Henriquez-Roldán e Juan, 2017). Alves (2016), aludindo à Registered Nurse's Association of Ontario sugere que uma das formas de melhoria de qualidade passa pelas dotações (número e tipo) de enfermeiros, o que vai de encontro às evidências que mostram que adequadas dotações de enfermeiros têm resultados positivos nos cuidados ao doente.

Os dados obtidos vão de encontro aos do estudo da autora da escala EAAPE, Castilho (2014), onde se refere que os enfermeiros relativamente ao cumprimento de práticas,

apresentam uma elevada frequência em relação às práticas de vigilância, privacidade e confidencialidade, de prevenção de quedas e de prevenção de UPP.

Também no estudo desenvolvido por Amado (2014), que utilizou a mesma escala, as dimensões em que obteve as pontuações médias mais elevadas foram a “Higienização das Mãos” e a “Privacidade e Confidencialidade”.

O mesmo aconteceu no estudo de Alves (2016), onde os enfermeiros apresentaram bons níveis de percepção de cumprimento de práticas de enfermagem nas dimensões higienização das mãos, privacidade e confidencialidade e com EPIS e higiene ambiental.

Relativamente à dimensão preparação da medicação é de salientar que a maioria dos inquiridos nos itens “existem medicamentos com rótulos semelhantes e embalagens semelhantes”, “existem muitos medicamentos no mesmo horário” e o “enfermeiro ser interrompido durante a atividade” responderam algumas vezes e frequentemente revelando que estão despertos para os fatores que podem ser conducentes a erros. Contudo, quando questionados sobre a “distração do enfermeiro” 82.7% responderam negativamente (nunca ou raramente), o que indicia que embora percecionem que existem fatores conducentes a erros, acreditam que esses fatores não os distraem, o que parece ser contraditório, ou responsabiliza o outro.

A instituição numa política de melhoria contínua da qualidade, em 2009 integrou o projeto europeu EUNetPas (European Network for Patient Safety) - rede europeia para estimular a cooperação na área da segurança, com o objetivo Implementação de Boas Práticas na Área da Gestão do Risco do Medicamento. Tendo selecionado 2 projetos “Cartão de medicação na alta”, onde era realizada uma conciliação da medicação já anteriormente prescrita e a nova medicação; e o “Colete de Segurança - A preparar medicação”. Este projeto fundamentava-se na constatação de que a preparação da medicação, sendo uma atividade que exige concentração, era alvo de muitas interrupções e ruído, o que também resultava num indesejado aumento do stresse durante o desempenho da tarefa. Materializava-se no uso de um colete aquando da preparação e administração da medicação.

Além destes projetos específicos, desenvolvidos na área da segurança do medicamento, a instituição onde foi realizado o estudo desde 1992 em duas unidades e 2006 na outra unidade que tem instituído o sistema unidose. Além disso é cumprido o protocolo de administração de terapêutica a pares. A medicação administrada a pares aumenta o nível de alerta para possíveis erros. De referir ainda, que a organização da medicação quer na unidose, quer no armazém é feita tendo em conta as semelhanças

dos rótulos da mesma, sendo utilizados alertadas para quando o seu distanciamento não é possível. Alves (2009) no seu estudo refere que os erros de terapêutica podem ocorrer em uma ou mais etapas do processo de medicação e que nem sempre são conducentes a dano para o doente. Numa revisão sistemática da literatura Ribeiro, Gaspar, Reis e Machado (2013) apresentaram como os erros de medicação mais frequente: omissão de tomas, erros de dose, erros de horário, erros de administração, erro de não cumprimento de protocolos e erros de prescrição.

5.2 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs

A aplicação da subescala de Eventos Adversos permitiu avaliar a percepção dos enfermeiros sobre o risco/ocorrência desses mesmos eventos. Respondendo assim à segunda questão de investigação: **“Qual a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de eventos adversos?”**

Segundo os resultados obtidos verifica-se que os enfermeiros revelam menor percepção de ocorrência/risco de EAs nas dimensões delegação inapropriada, défice de advocacia e erros de medicação.

O Regulamento Exercício da Prática de Enfermagem em relação à delegação de tarefas refere que os enfermeiros “só podem delegar tarefas em pessoal funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem” (art. 10º, Decreto - Lei 161/96 de 4 de setembro). Neste sentido é também referido no Código Deontológico dos Enfermeiros, que o enfermeiro tem a responsabilidade e a obrigação de assumir e justificar a prestação e gestão de cuidados que executa, e “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica e delega,” para que a qualidade e a continuidade dos cuidados não seja colocada em causa (Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 79, b, e 88, c). Também a OE tornou pública na Tomada de Posição sobre Delegação que esta deve ser sempre realizada com a comunicação adequada, orientação certa e sob a supervisão adequada (2007). Assim, apesar da delegação de tarefas ocorrer, a responsabilidade dos cuidados delegados continua a ser da esfera dos enfermeiros. Os resultados deste estudo revelam que os enfermeiros estão conscientes destas diretrizes, pelo que têm a percepção que delegam inadequadamente e quando o fazem a segurança dos cuidados não é comprometida.

Também na ocorrência / risco de EAs por défice de advocacia os enfermeiros revelam baixa percepção, assumindo-se como defensores dos interesses dos utentes. De acordo

com Hanks (2010), a advocacia dos utentes é um aspeto importante dos cuidados de enfermagem e enraizado na cultura dos profissionais. Como anteriormente referido, também o Código Deontológico e a OE referem que os enfermeiros têm que defender os interesses dos utentes de quem cuidam.

Relativamente aos achados na dimensão erros de medicação, os mesmos vão de encontro à cultura de segurança instituída no centro hospitalar, onde foi realizada a investigação, nos serviços de internamentos existe o sistema de unidose para todos os utentes, fornecida diariamente pela farmácia. Quando um utente é admitido no serviço de internamento, os profissionais contactam a farmácia com o intuito da mesma ser fornecida. Mesmo em situações em que os serviços farmacêuticos, já não fazem a sua distribuição, os enfermeiros fazem a unidose para esse utente, recorrendo aos stocks dos medicamentos existentes nos serviços. Nesta instituição existe ainda, o protocolo de administração de terapêutica, como anteriormente referido, em que se preconiza que a preparação e administração da terapêutica seja feita a pares, de forma a minimizar os erros.

Abreu, Rodrigues e Paixão (2013) referem que a preparação e a administração de terapêutica requer qualidade que garanta a segurança do doente, apontam ainda, que deve desenvolver-se uma prática baseada na notificação dos erros.

De realçar que na instituição há uma baixa taxa de notificação dos mesmos, o que se pode dever à desvalorização do erro ou que o podem desvalorizar com receio de represálias. O que já foi referido por Alves (2009) no seu estudo, afirma que quando um erro de terapêutica não causa qualquer efeito identificável no utente, os profissionais podem ser levados a não o notificarem passando assim despercebido e sem ser contabilizado.

No estudo de Castilho (2014) a perceção do risco obteve valores mais elevados nos itens “Existe risco de ocorrência de quedas de doente”, “Existe risco de ocorrerem infeções” e “Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão”. Em relação à perceção de ocorrência de EAs, o mesmo estudo verificou que a perceção de ocorrência de erros de medicação é reduzida e, com valores ainda mais baixos a ocorrência de UPP e quedas.

Os resultados deste estudo revelam ainda que na dimensão risco de quedas e risco de úlcera a perceção de ocorrência de EAs é elevada, sendo que na subescala práticas de enfermagem obteve-se uma elevada perceção de cumprimento de práticas preventivas nas dimensões prevenção de quedas e prevenção de úlceras por pressão. As práticas preventivas nesta dimensão passam pela avaliação do risco de quedas e de úlceras por

pressão para cada utente, pelo que sua a identificação pode conduzir a perceções de risco de ocorrência destes EAs mais elevado. Cumprir as práticas preventivas de EAs passa também por identificar risco para adequar os cuidados.

Amado (2014) refere que as dimensões que apresentaram médias mais baixas no seu estudo foram as “Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia”, “Erros de medicação” e “Ocorrência de Úlceras de Pressão”.

Em relação à avaliação da perceção geral da ocorrência de EAs, considera-se que há uma boa perceção. Assim relativamente à afirmação a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente, 41,3% referiram que nunca ou raramente.

Em relação aos EAs associados às práticas de enfermagem que podiam ser evitados, 39,1% consideraram que frequentemente ou sempre, os dados são consistentes com a afirmação de que a maioria dos EAs poderia ser prevenido / evitado.

5.3 RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO QUE OS ENFERMEIROS TÊM SOBRE O CUMPRIMENTO DE PRÁTICAS PREVENTIVAS DE OCORRÊNCIA DE EAs E ALGUMAS CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

Relativamente à hipótese - existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas associadas à segurança do doente e algumas variáveis socioprofissionais, desta advêm sub hipóteses que apresentamos e analisamos seguidamente.

Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e a idade dos mesmos, encontraram-se correlações estatisticamente significativas apenas em duas dimensões. Assim, os dados obtidos permitem-nos afirmar com algumas reservas, que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar pior perceção das práticas de enfermagem nas dimensões higienização das mãos e de advocacia dos doentes.

A advocacia dos doentes é assumida pelos enfermeiros em diversos contextos da prestação de cuidados. De acordo com Nogario, Barlem, Tomaschewski-Barlem, Lunardi, Ramos e Oliveira (2015) os enfermeiros ajudam os utentes a esclarecer as suas dúvidas e orientam-nos para exercer a sua autonomia na tomada de decisão acerca do seu processo de doença, atuam como advogados dos utentes mesmo que isso os obrigue a ir contra políticas que não respeitam a autonomia e os direitos dos utentes. Quando os enfermeiros advogam podem enfrentar vários riscos e obstáculos

relacionados com a organização ou com as relações de poder do ambiente de trabalho, e a advocacia dos utentes pode falhar.

Relativamente à dimensão higienização das mãos, já foi anteriormente feita referência aos aspetos específicos do centro hospitalar onde o estudo foi desenvolvido. No entanto importa salientar que o nível de sensibilização para a higienização das mãos neste centro hospitalar não tem diminuído. No decorrente ano foi-nos apresentado um novo desafio pela DGS, “*SAVE LIVES: Clean Your Hands*” que aborda a problemática resistência aos antimicrobianos e a influência das boas práticas de higienização das mãos, e que conta com o *slogan* “*Fight antibiotic resistance - it's in your hands*” (DGS, 2017).

A higienização das mãos continua a ser uma prática crucial e prioritária para a prevenção, controle de infeções e consequentemente resistência aos antimicrobianos.

Castilho (2014) no seu estudo salienta que existe uma associação positiva embora fraca, das práticas de enfermagem com a idade.

Já neste estudo, os enfermeiros mais velhos evidenciam pior perceção de práticas preventivas nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes. Estes dados podem estar relacionados com o facto de os enfermeiros mais velhos terem tendencialmente mais formação profissional, o que lhes confere uma capacidade analítica e reflexiva mais desenvolvida. No entanto, considera-se importante continuar a estudar esta relação de forma a perceber a sua influência.

No estudo desenvolvido por Castilho (2014) os resultados também salientam que existe uma associação positiva, das práticas de enfermagem com a idade e o tempo de profissão, em que são percecionadas melhores práticas. Refere ainda que a força das associações é baixa (< 0.20).

Também na investigação de Amado (2014) a correlação entre a idade e a subescala de práticas de enfermagem foi fraca, mas estatisticamente significativa, quanto maior a idade dos enfermeiros, melhor a sua perceção sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados.

A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o sexo, os resultados do estudo desenvolvido não apresentam diferenças estaticamente significativas, assim os enfermeiros do sexo feminino tendem a revelar perceção de práticas semelhantes aos do sexo masculino. Consequentemente os resultados não confirmam a hipótese formulada.

A percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme as suas habilitações profissionais, de acordo com os resultados obtidos existe apenas diferença estatisticamente significativa a nível da dimensão privacidade e confidencialidade. Assim esta hipótese é confirmada apenas a nível da dimensão privacidade e confidencialidade.

Quer o REPE, quer o Código Deontológico, definem que o enfermeiro deve respeitar a privacidade e confidencialidade do utente, de forma a estabelecer uma relação empática e terapêutica que garanta a qualidade dos cuidados.

A diferença ocorre entre os enfermeiros com licenciatura e os que têm uma especialização em enfermagem, sendo que os primeiros evidenciam percepção mais elevada do cumprimento das práticas. Os enfermeiros detentores de uma especialidade têm um percurso académico em que o seu raciocínio crítico é aprimorado. A análise dos cuidados é realizada através de um exame crítico com o intuito da melhoria dos cuidados, a OE (2010) refere que o enfermeiro especialista deve ser detentor de competências comuns no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Estes resultados podem ir ao encontro disto mesmo, estando baseados numa análise mais crítica das práticas.

A complexidade e imprevisibilidade inerente aos cuidados de saúde obrigam a uma atitude atenta e competente, os profissionais devem estar capacitados para a tomada de decisão e autonomia, pelo que se deve fomentar a presença de profissionais com elevado grau de qualificações, reunindo assim condições para que exerçam a sua profissão ao mais alto nível da prática clínica (Amaral e Ferreira, 2013)

Castilho (2014) evidenciou que a situação profissional não influenciou a percepção dos enfermeiros, exceto na dimensão falhas na administração de medicação em que os enfermeiros especialistas têm uma percepção mais elevada relativamente aos enfermeiros graduados. Já no estudo desenvolvido por Pedreira (2015) os resultados obtidos apontam para que a percepção de práticas preventivas de ocorrência de EAs não difere em função do nível de formação académica dos profissionais.

A percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme a sua categoria profissional, na investigação desenvolvida não foi encontrada nenhuma diferença estatística significativa, pelo que concluímos que os resultados não confirmam a hipótese formulada. Era de esperar que os profissionais com categoria profissional mais elevada fossem mais velhos, com mais experiência profissional e também com mais formação o que lhes conferia maior capacidade crítica e reflexiva das práticas, influenciando assim a sua percepção.

Apesar de alguma da literatura consultada referir que há relação entre a categoria profissional e o cumprimento de práticas preventivas, que asseguram a segurança dos cuidados, a presente investigação não encontrou relação entre estas variáveis. No entanto para Amaral (2014), a categoria profissional dos enfermeiros é um indicador de competência e de conhecimento, que conduz à diminuição de ocorrência de complicações. Ainda neste sentido, Alves (2016) utilizando a mesma escala na investigação que desenvolvi, concluiu que os enfermeiros com funções de gestão percecionam melhores práticas de enfermagem quando comparados com enfermeiros especialistas e enfermeiros.

Já Castilho (2014), no seu estudo refere, que de acordo com os resultados obtidos não existe diferença na perceção das práticas de enfermagem em função da situação profissional do enfermeiro.

Existe relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas e o tempo de exercício profissional, os resultados do estudo apresentam uma correlação negativa mas estaticamente significativa nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes. Os enfermeiros com mais tempo de serviço evidenciam uma perceção de piores práticas de enfermagem nas dimensões anteriormente referidas e no global da escala.

Estes achados vão de encontro ao facto que os enfermeiros mais velhos são também, de um modo geral, os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional, reforçando assim a ideia anterior de enfermeiros mais velhos, são enfermeiros com mais formação e com mais capacidade crítica.

Porém, a investigação de Castilho (2014) evidencia que uma maior experiência profissional conduz à perceção de melhores práticas, a investigadora salienta no entanto, que a força da associação no seu estudo é baixa. Também Alves (2016) mostrou que os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional percecionam melhores práticas de enfermagem.

A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade (medicina e cirurgia), os resultados do estudo evidenciam diferenças estatísticas significativas nas dimensões: falhas na preparação da medicação, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, falhas na vigilância da medicação e na vigilância dos doentes. Os enfermeiros que desempenham funções na cirurgia evidenciam perceção de melhores práticas. Aceita-se a hipótese que a perceção dos enfermeiros sobre o

cumprimento das práticas preventivas é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade.

Alguns estudos validam que os erros em medicina aumentam com o aumento da idade dos utentes, contudo outros referem que as características individuais dos utentes são menos importantes que a duração do internamento hospitalar. No entanto a intensidade dos cuidados aumenta o risco de dano para os utentes (Fragata e Martins, 2014).

Pierdevara, Ventura, Eiras, Gracias e Silva (2014) desenvolveram um estudo acerca do EAs num serviço de medicina, constataram que doentes com internamento superior a 22 dias apresenta um número mais elevado de EAs, o aumento de tempo de internamento está relacionado com a gravidade dos EAs, levam ao aumento do tempo de hospitalização e mesmo à morte dos utentes, sendo a pneumonia de aspiração a principal causa de morte dos utentes. Referem ainda que os EAs relacionados com o prolongamento do internamento prevaleceram porque há um elevado número de readmissões nos 30 dias subsequentes. Doentes internados mais tempo têm também maior risco de IACS.

Os serviços de medicina têm habitualmente utentes com idades mais avançadas que nos serviços de cirurgia, com o avançar da idade os utentes têm frequentemente pluripatologias que lhe causa maior debilidade e maior necessidade de cuidados. Os utentes internados nos nossos serviços de medicina, são idosos com co-morbilidades, condições físicas frágeis e sistemas imunitários deprimidos e muitos deles, com planos medicamentosos e intervenções terapêuticas complexas e diversas.

Estes dados vão de encontro ao estudo desenvolvido por Castilho (2014) que refere que nos serviços de cirurgia são percecionadas menos falhas na preparação, administração e vigilância de medicação e melhores práticas de vigilância dos doentes. Nos serviços de medicina são percecionadas melhores práticas de prevenção de úlceras de pressão.

A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas preventivas é diferente conforme o facto de terem, ou não, frequentado formação na área dos EAs, foram encontrados resultados com significado estatístico apenas na dimensão falhas na preparação da medicação, de referir que não se apurou na colheita de dados a especificidade da formação que os respondentes frequentaram, pelo que o facto de ser apenas nesta dimensão pode estar relacionado com isso.

Um dos erros mais frequentemente referidos pelos enfermeiros são os erros relacionados com a medicação. Duarte, Stipp, Silva e Oliveira (2014), numa revisão sistemática da literatura, refere que os EAs relacionados com a administração de medicamentos são os mais comuns. Quando os enfermeiros frequentam formação

acerca da segurança do doente, são sensibilizados para os diferentes EAs associados às práticas de enfermagem e em particular para, esta problemática. A frequência de formação desenvolve a capacidade de análise das práticas, de olhar crítico conduzindo à reflexão. Também Tojal (2011) refere que a formação em serviço contribui para o desenvolvimento das competências e melhoria das práticas dos enfermeiros, contribuindo para a partilha de saberes, tendo por base a reflexão sobre a prática do cuidar, conduzindo a mudança de comportamentos, o que se traduz numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

5.4 RELAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DE OCORRÊNCIA / RISCO DE EAs E ALGUMAS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

Relativamente à questão **Existe relação entre a percepção que os enfermeiros têm sobre ocorrência /risco de EAs com algumas características socioprofissionais?** e a hipótese correspondente.

Existe relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs e a idade dos mesmos, embora a correlação seja fraca é estatisticamente significativa na dimensão ocorrência de quedas. Podemos afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar percepção de maior ocorrência de quedas.

Os resultados obtidos são consistentes com os encontrados ao nível da subescala cumprimento de práticas preventivas, em que também os enfermeiros mais velhos tinham percepção de piores práticas preventivas a nível das dimensões: higienização das mãos e advocacia dos doentes. Os enfermeiros com mais idade são, de um modo geral, também os enfermeiros com mais experiência profissional e com mais habilitações profissionais, tudo isto confere-lhes mais competência e capacidade de análise crítica. É de esperar que sejam estes profissionais que conduzam as equipas a refletir sobre as práticas, sobre o risco de EAs, e sua ocorrência por forma a melhorarem os cuidados prestados pela equipa.

Contrariamente, Castilho (2014) e Alves (2016) nos seus estudos referem que a percepção de frequência de EAs baixa com a idade. Já Amado (2014) no seu estudo, não encontrou relação entre a percepção do risco / ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem e a idade dos mesmos.

A avaliação do risco de queda é uma área de enorme potencial de melhoria pois só assim se previne a sua ocorrência (Pedreira, 2015).

A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o sexo, em relação a esta hipótese os dados obtidos não a confirmam, ou seja os enfermeiros do sexo feminino tendem a revelar percepção de ocorrência/risco de EAs semelhantes ao do sexo masculino. Sendo assim, a percepção ocorrência/risco de EAs não está relacionado com o sexo dos profissionais, estes resultados vão de encontro aos obtidos para a subescala das práticas preventivas, que também não é dependente do sexo dos profissionais.

A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme as suas habilitações profissionais, os resultados obtidos revelam que os enfermeiros com pós-graduação evidenciam percepção risco mais elevado para a ocorrência de IACS do que os enfermeiros especializados. Sendo que não se sabe a especificidade da pós-graduação frequentada pelos inquiridos, não se podendo inferir a sua influência. No entanto a preocupação com a problemática das IACS é atual e concordante com a realidade de Portugal, de acordo com a DGS (2013) a taxa de IACS é de 10,5%, o dobro da média europeia e uma das mais elevadas da Europa.

Importa realçar que há uma lacuna nos planos curriculares quer da licenciatura quer das especialidades, que não têm valorizado nos seus currículos a prevenção e controlo das IACS.

Pedreira (2015) refere que em relação à percepção geral de eventos adversos em cuidados de enfermagem, não encontrou relação com o nível de formação académica dos enfermeiros de cuidados intensivos onde desenvolveu o seu estudo.

A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme a sua categoria profissional, na investigação desenvolvida, os resultados obtidos não revelam qualquer diferença estatisticamente significativa, não se confirmando a hipótese formulada.

Também na subescala das práticas preventivas os resultados obtidos nos levaram à conclusão de que o cumprimento de práticas preventivas não era influenciado pela sua categoria profissional.

Estes resultados não são concordantes com os obtidos por Castilho (2014), que obteve diferenças na subescala global e nas dimensões: risco de quedas e úlceras de pressão e agravamento do estado do doente por défice de vigilância e julgamento clínico. Os resultados sugerem que os enfermeiros com formação especializada recente (os enfermeiros detêm formação especializada e ainda não são especialistas) estarão mais despertos para identificar erros de medicação e agravamento do doente por défice de vigilância e julgamento clínico.

Também nos resultados obtidos por Alves (2016), não se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais e a percepção de risco ou ocorrência de EAs.

Existe relação entre a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/ risco de EAs e o tempo de exercício profissional, na investigação desenvolvida também não foi encontrada correlação com significado estatístico quer nas dimensões quer no global da escala.

Considerando a idade dos inquiridos e o tempo de exercício profissional e julgando que ao aumento de idade, habitualmente corresponde aumento do tempo de exercício profissional poder-se-ia obter resultados semelhantes nas duas variáveis. No entanto os resultados não são concordantes, pois com o aumento da idade há percepção de maior risco de ocorrência de EAs na dimensão ocorrência de quedas, sendo que em relação ao tempo de exercício profissional não há correlação.

Segundo Alves (2016), os profissionais com mais tempo de exercício profissional têm menor percepção do risco e ocorrência de EAs. O investigador revela ainda que evidenciam ser os enfermeiros com Contrato por Tempo Indeterminado, a mostrar índices de apreciação ao risco e ocorrência de EAs mais elevados, comparativamente com os restantes tipos de relação laboral.

A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o serviço em que desempenham a sua atividade (medicina e cirurgia), os dados obtidos permitem referir que existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão erros de medicação, risco de queda e risco de úlceras, ocorrência de úlceras, ocorrência de quedas e no global da subescala pelo que podemos aceitar esta hipótese. Os profissionais que desempenham funções no serviço de cirurgia tendem a ter percepção de menor risco de ocorrência de eventos adversos. Estes resultados vão de encontro aos encontrados na subescala das práticas de enfermagem, também os enfermeiros que desempenhavam funções no serviço de cirurgia percecionam melhores práticas. Estes resultados não podem ser dissociados da tipologia destes doentes de cada um dos serviços.

No estudo desenvolvido por Castilho (2014) os enfermeiros do serviço de medicina são os que percecionam valores médios mais elevados de EAs, nomeadamente mais IACS, mais erros de medicação, maior risco de risco de quedas e úlceras de pressão e mais ocorrência de quedas.

O risco e ocorrência de quedas são influenciados pela doença, ambiente desconhecido, patologias associadas, efeitos de medicação, sendo que nos serviços de medicina estas

variáveis podem ser mais prevalentes e mais acentuados o que pode ser explicativo da percepção de maior risco (Saraiva et al., 2008; Almeida, et al., 2010; Castilho 2014).

A percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência/risco de EAs é diferente conforme o facto de terem, ou não, frequentado formação na área da segurança do doente, dos dados obtidos no presente estudo podemos concluir que a frequência ou não de formação na área de segurança não influencia a percepção que os enfermeiros têm da ocorrência / risco de risco de EAs. Este tema tem sido frequentemente abordado quer nos serviços quer pela comunicação social, pelo que mesmo os enfermeiros que não tenham frequentado formação específica nesta área poderão estar sensibilizados para a mesma.

Os enfermeiros são um grupo profissional com formação académica e que possuem conhecimentos e competências para desempenharem o seu exercício profissional. É imprescindível que os enfermeiros sejam autodidatas por forma a acompanharem a evolução da ciência e estarem sempre atualizados (Nogueira, 2010).

No estudo de Pedreira (2015) os enfermeiros percecionaram uma elevada importância da formação/aprendizagem para a melhoria da qualidade, com atualização de práticas e procedimentos promovendo a segurança do doente.

A formação deve ser encarada pelos profissionais como indispensável e vital para que se possa progredir na aquisição de conhecimentos, capacitando-os para a resolução de problemas (Tojal, 2011).

Tem sido preocupação da instituição onde o estudo foi desenvolvido a preocupação com a segurança dos cuidados, os resultados apresentados mostram que os profissionais estão sensibilizados e encaram-na como um caminho a percorrer.

CONCLUSÃO

A promoção de uma prestação de cuidados de qualidade, que assente na segurança têm ainda um longo percurso a desbravar. Atualmente, é internacionalmente assumido que a segurança dos doentes é uma componente fulcral da qualidade dos cuidados. As falhas de segurança dos doentes e as suas implicações são tema incontornável nos nossos serviços pela importância dada à mesma pelas atuais políticas de saúde.

Os efeitos da ocorrência de eventos adversos não se cingem aos danos provocados e as consequências nos doentes, que podem ser irreversíveis, abarcam ainda custos sociais e económicos que não podem ser descurados pelos nossos governantes e no estabelecimento de políticas de saúde.

Com o desenvolvimento de vários estudos internacionais e com a sensibilização de todos para esta problemática tornou-se imperativo, tal como refere Sousa (2006) definir estratégias que se constituam como quadro de referência global que possibilite integrar, articular e orientar a atuação dos diversos profissionais de forma a uma prestação de cuidados de excelência, baseada na melhor evidência possível.

Pretende-se que esta investigação seja mais um contributo para o desenvolvimento da cultura de segurança nas nossas instituições com principal ênfase no centro hospitalar onde foi desenvolvido, assente no pressuposto de que as instituições devem criar estratégias para a prevenção de EAs valorizando a sua notificação como estratégia para a melhoria contínua da qualidade.

Este trabalho foi um esforço pessoal e académico com uma trajetória conturbada, no entanto a sua conclusão foi conseguida com esforço da investigadora e da sua orientadora que foi crucial para atingir os objetivos propostos. Todo este percurso contribuiu para que a investigadora desenvolvesse conhecimentos acerca desta temática, contribuindo estes para uma prática especializada no seu contexto profissional.

Com esta investigação pretendeu-se estudar as perceções dos enfermeiros acerca do cumprimento de práticas de enfermagem preventivas da ocorrência de eventos adversos e a ocorrência / risco de eventos adversos através da escala EAAPE.

Relativamente à amostra deste estudo, os inquiridos embora tivessem idades compreendidas entre 22 e 56 anos a média era de 35,63 anos, pelo que se pode referir como uma amostra adulta, todos possuíam uma licenciatura havendo ainda enfermeiros

com pós-graduações e especializações, as percentagens destes são inferiores a 20% o que consideramos baixo sendo que os valores relativos aos enfermeiros especialistas ficam aquém dos valores referidos pela OE. A especialidade com mais expressão é a especialidade de Reabilitação o que consideramos que está relacionado com os serviços em que o estudo foi desenvolvido. A maioria dos inquiridos está na categoria profissional de enfermeiro o que vai de encontro ao congelamento da carreira de que fomos alvos há vários anos.

Constatou-se que relativamente à subescala das práticas de enfermagem os enfermeiros revelaram perceção de melhores práticas nas dimensões: prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas e higienização das mãos nas quais se obtiveram valores mais elevados revelando assim, perceção de melhores práticas.

Na subescala dos EAs da escala EAAPE verificou-se que os enfermeiros revelam menor perceção de ocorrência / risco de EAs nas dimensões: delegação inapropriada, défice de advocacia e erros de medicação.

Relativamente à avaliação da perceção geral da ocorrência de EAs conclui-se relativamente à afirmação a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente a maioria respondeu que nunca ou raramente, relativamente aos EAs associados às práticas de enfermagem que podiam ser evitados, 39,1% referiu que frequentemente ou sempre, assim, concluímos que um número significativo de respondentes acredita que a maioria dos EAs poderia ser evitado.

A perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento de práticas de enfermagem preventivas está relacionada com a idade, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional, tipo de serviço onde desempenham funções e terem ou não frequentado formação sobre EAs. Assim, os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar pior perceção das práticas de enfermagem nas dimensões higienização das mãos e advocacia dos doentes; relativamente às habilitações profissionais, os enfermeiros com licenciatura evidenciam perceção mais elevada do cumprimento das práticas do que os enfermeiros com uma especialidade em enfermagem nas dimensões privacidade e confidencialidade; acerca do tempo de exercício profissional, os enfermeiros com mais tempo evidenciaram pior perceção de práticas de enfermagem nas dimensões higienização das mãos, advocacia dos doentes e para o global desta subescala; relativamente ao serviço em que desempenham as suas funções os resultados evidenciaram que os respondentes do serviço de cirurgia evidenciam perceção de melhores práticas na s dimensões falhas na preparação da medicação, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, falhas na vigilância da medicação e na

vigilância dos doentes; relativamente ao terem ou não frequentado formação na área dos EAs concluímos que os enfermeiros que frequentaram formação tendem a evidenciar pior perceção sobre o cumprimento das práticas preventivas de EAs na dimensão falhas na preparação da medicação.

A perceção que os enfermeiros têm sobre ocorrência / risco de EAs está relacionada com a idade, habilitações profissionais e o local onde exercessem funções, Assim, relativamente à idade os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar perceção de maior ocorrência de quedas; relativamente às habilitações profissionais, os enfermeiros com pós - graduação evidenciaram perceção de risco mais elevado para a ocorrência de IACS do que os enfermeiros especializados; relativamente ao serviço em que desempenham funções concluímos que os enfermeiros do serviço de cirurgia tendem a ter perceção de menor risco de ocorrência de EAs nas dimensões erros de medicação, risco de queda e risco de úlceras, ocorrência de úlceras, ocorrência de quedas, e no global da subescala.

Analisar as perceções dos enfermeiros, acerca das práticas de enfermagem preventivas e ocorrência/risco de EAs, permite aos profissionais refletir sobre as mesmas, podendo conduzir a mudança de comportamentos promotoras da segurança do doente. É fundamental que se continue a destrinçar esta problemática.

É imprescindível que a segurança dos cuidados seja uma prioridade transversal a todas as instituições e todos os profissionais para que a diminuição de EAs se torne uma realidade com resultados nos indicadores de saúde e conseqüentemente ganhos económicos e sociais. Todos os profissionais devem assumir-se como responsáveis ativos neste processo assumindo a mudança como um desafio.

O desenvolvimento do presente estudo foi dificultado pela inexperiência do investigador em relação ao desenvolvimento de estudos deste carácter; dificuldade de conseguir conciliar as vertentes familiares, profissionais e académicas com frequente sacrifício desta-

Consideram-se limitações do estudo o tempo decorrido desde o início deste projeto até à sua finalização podendo entretanto a realidade ter sofrido modificações.

Pensamos que seria pertinente desenvolver estudos semelhantes a este noutros serviços da mesma instituição de forma a comparar resultados, a divulgação deste estudo no centro hospitalar onde foi desenvolvido, a publicação de um artigo científico com os resultados obtidos e a partilha dos mesmos sempre que seja oportuno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. (2015). *Erro Associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* (Tese de mestrado). Recuperado de <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:5361>
- Abreu, C., Rodrigues, M. & Paixão, M. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 63-68. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000200008
- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J. & Santos, F. (2012). Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20 (3). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a23v20n3.pdf
- Almeida, R., Abreu, C. & Mendes, A. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência* 3 (2). Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400017
- Amado, R. (2014). *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem Contributos para a Segurança do Doente* (Tese de mestrado) Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29895&code=489>
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 66-74. Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105793&code=1434219a80ea05e836cf8f74d34723617f123785>
- Alves, M. (2016). “*Satisfação Profissional e a Segurança do Doente na Prática de Enfermagem*” (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29895&code=489>.
- Aprendizagem ao longo da vida* (2007-2013). Iniciativas Comunitárias. Recuperado de <http://www.qca.pt/pac/aprendizag.asp>.
- Armitage, G., (2009). Human error theory: relevance to nurse management. *Journal of Nursing Management*; 193 - 202. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=10&sid=1d406756-368a-425c-9985->

[3f739095582e%40sessionmgr10&hid=112&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=19416422](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000300007&script=sci_arttext&tlnq=es)

Beccaria, L., Pereira, R., Contrin, L., Lobo, S. & Trajano, D., (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21 (3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000300007&script=sci_arttext&tlnq=es

Carneiro, A., (2012). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes, uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; (10) pp. 3-10. Recuperado de: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/1-O%20erro%20clinico.pdf>

Castilho, A., & Parreira, P. (2012) – Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1- 2ª Série, pp. 59-73.Coimbra.

Castilho, A. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de Enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança* (Tese de Doutoramento). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/34302.pdf>

Castro, J., Lago, H., Fornelos, M., Novo, P., Saleiro, R. & Alves, O., (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29, pp. 57-172.

Carlesi, K., Padilha, K., Toffoletto, M., Henriquez-Roldàn, C.& Juan, M. (2017). Ocorrência de Incidentes de Seguridad del Paciente y Carga de Trabajo de Enfermería. *Revista Latino-Americana*, 25. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2841.pdf

Costa-Dias, M. & Ferreira, P. (2014). Escalas de avaliação de risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência* 2, pp. 151-161. Obtido de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2456&id_revista=24&id_edicao=66

Diz, G. & Gomes, M., (2008). Causas de Erros de Medicação. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- DGS (2011) - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório Técnico*. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf
- DGS (2014) *Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- DGS (2015) *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/?cr=26938>
- DGS. (2015e). *Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>.
- Diz, E. & Gomes, M. (2008). Causas de erro na Medicação. *Revista de investigação em Enfermagem*, pp. 5-14. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Fortin, M. (2000). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: LIDEL.
- Fragata, J.& Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fragata, J.& Martins, L. (2014). *O Erro em Medicina*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011) – Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem* Referência, 3 (4), pp. 37-48. Recuperado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087402832011000200004&script=sci_arttext
- Ferrinho, P., [et al.] (2011). Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 29(2), pp. 116-122. Recuperado de:

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252011000200004&script=sci_arttext

Gonçalves, T. (2015). Dotações de Enfermagem: Impacte nos Resultados em Saúde (Tese de mestrado). Recuperado de: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7869/1/Dota%C3%A7%C3%B5es%20de%20Enfermagem%20impacte%20resultados%20em%20saude.pdf>

International Council of Nurses. (2002). *Patient safety*. Recuperado de <http://www.patientsafety.info/pspatientsafe.htm>.

IOM (2004). Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Washington, D.C.: The National Academies Press. Recuperado de <http://www.nap.edu/read/10851/chapter/1>

Jurado, M, et al. (2009). A New Information Exchange System for Nursing Professionals to Enhance Patient Safety Across Europe. *Journal of Nursing Scholarship* 41 pp. 193-202 Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=15&sid=1d406756368a425c99853f739095582e%40sessionmgr10&hid=21&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=45393321>

Lage, M. (2010) Segurança do doente da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 pp. 11-16. Recuperado de <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/seguranca-do-doente-da-teoria-a-pratica-clinica-13189854>

Meurier, C., (200) Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyse critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of Advanced Nursing*; 32:1 pp. 202-207. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1d406756-368a-425c-9985-3f739095582e%40sessionmgr10&vid=23&hid=21>.

Ministério da Saúde (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de Hospitais Portugueses: Resultados de um estudo piloto. Divisão de segurança do doente, Departamento da qualidade em saúde. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/...da...na.../avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-pdf.aspx>

Montalvo, I. (2007) The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI). *OJIN The Online Journal of Issues in Nursing*; 12.3. Recuperado de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodic>

[als/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html](http://www.ojin.org/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html) .

Nascimento, C., Toffoletto, M., Gonçalves, L., Freitas, W., & Padilha, k., (2008). Indicadores de resultados de assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Revista Latino-Americana Enfermagem* 16 (4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf

National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety, an overview guide for NHS staff*. Recuperado de: [NRLS-0034A-seven-steps-pa--overview-2004-07-v1.pdf](http://www.npsa.nhs.uk/Assets/7StepsOverview200407v1.pdf).

OCDE. (2015). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 - Raising standards*. Paris: OCDE Publishing. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>

OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa

OE. (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 13.

OE. (2006). Tomada de posição do conselho jurisdicional sobre a segurança do cliente. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

OE (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, Divulgar. Lisboa

OE (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

OE. (2015a). Estatuto da OE e REPE. *Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>.

OE. (fevereiro de 2015c). *Ordem dos Enfermeiros*. Dados estatísticos. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

OE. (2005) SEGURANÇA DO DOENTE. *Ordem dos Enfermeiros*; 17; ISSN- 1646-2629.

OMS. (2002). *Resolução 55.18 de 2002 da Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra: OMS.

OMS. (2007). World Alliance for Patient Safety - *Forward Programme 2006-2007*. Geneva: OMS. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf

OMS. (2009). Conceptual framework for the International classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. *Patient Safety - A World Alliance for Safer Health Care*. OMS. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

OMS. (2015). 10 Facts on Patient Safety. *Organização Mundial de Saúde*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/

Paiva, M., Paiva, S., Berti, H., & Campana, Á. (2010). Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), pp. 134-138.

Pedreira, M. (2015) *Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos* (Tese de mestrado). Recuperado de: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=38153&code=200>

Pierdevara, L.; Ventura, I., Eiras, M.; Gracias, A. & Silva, C. (2016). Uma experiência com a Global Trigger Tool no estudo dos eventos adversos num serviço de medicina. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, pp. 97-105 Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000200011

Pini, L. (2012). *Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração* (tese de Mestrado). Recuperado de: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>

Reason, J. (1990). *Human Error*. Boston: Cambridge University Press.

Reason, J. (2000). *Managing the risks of organizational accidents*. Burlington: Ashgate Publishing Company.

Reis, C., Martins, M. & Laguardia, J. (2013) A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva* 18 (7), pp. 2029-2036. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000700018&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Sousa, C., Santos I. & Silva, L. (2006). Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão- evidências do cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 59 (3) pp. 279- 284. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sousa, P., (2006) A Necessidade de uma Estratégia Nacional. Qualidade e Saúde. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 19 pp. 309- 318. Recuperado de: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. *Escola Nacional de Saúde Pública*. Recuperado de: https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf.
- Serranheira, F., Sousa, A. & Sousa, P. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10 pp. 89-95. Recuperado de: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>
- Silva, F., Faveri, E. & Lorenzini, E. (2014). Erro de medicação no exercício da enfermagem: uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*, 34. Recuperado de: scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/pt_revision1.pdf
- The Joint Commission. (2015). *The Joint Commission. Facts about patient safety*. Recuperado de: http://www.jointcommission.org/facts_about_patient_safety/.
- Tomaschewki, J.; Lunardi, V.; Barlem, E.; Ramos, A.; Silvira, R. & Vargas, M. (2016). Como enfermeiros vem exercendo advocacia do paciente no contexto hospitalar? - Uma perspetica foucaultiana. *Revista de Investigação*, 25. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2560014.pdf>
- Uva, A., Sousa, P., & Castanheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10. Recuperado de: http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saud_publica-323/artigo/a-seguranca-do-doente-alem-do-erro-medico-13189853>.
- Regulamento nº 533/2014 de dezembro. Diário da Republica nº 233 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

APÊNDICE I- Questionário socioprofissional e escala EAAPE

Caro(o) colega;

Frequento o VI Curso de Pós – licenciatura de Especialização/ Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e no âmbito da dissertação de Mestrado com o tema “ Perceções dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos associados à prática de Enfermagem”

O presente estudo tem como objetivos:

- analisar a perceção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes;

- avaliar a perceção que os enfermeiros têm sobre o risco/ocorrência de eventos adversos;

- analisar a relação entre alguns fatores socioprofissionais, (tempo de exercício profissional, formação recente na área da segurança, categoria profissional) que influenciam a perceção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da sua prática clínica;

- perceber se existem diferenças na perceção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da sua prática clinica, consoante o serviço em que desempenham funções.

De salientar que todos os dados recolhidos são sigilosos, e que a participação no estudo é subordinada ao consentimento livre.

O questionário é composto por duas partes distintas, a inicial em que se pretende uma caracterização socioprofissional e a segunda que se reporta a práticas de enfermagem e risco/ocorrência de eventos adversos. Todas as respostas dadas serão validas.

A sua participação tem em conta o seu consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade dos dados recolhidos será salvaguardada, os resultados poderão estar á sua disposição através de contato para pereira-anabela@hotmail.com.pt.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e atenção.

Atenciosamente Anabela Ribeiro

Isabel Simões

Idade: _____

<25 anos 25- 35 36-45 46-55 >55 anos

Sexo:

Feminino..... Masculino.....

Tempo de exercício profissional: _____

Serviço onde exerce funções: Medicina

Cirurgia

Frequentou formação relativamente a esta temática: Sim Não

Se sim, há > a 6 meses... .. 1 a 2 anos..... 2 a 3 anos < a 3anos

Habilitações profissionais

Curso de especialidade em Enfermagem

Especifique- _____

Pós- graduação

Especifique _____

Habilitações literárias:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade ...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1-Vigilância/Julgamento clínico					
1. Os doentes são adequadamente vigiados	①	②	③	④	⑤
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detectadas	①	②	③	④	⑤
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado	①	②	③	④	⑤
2 – Advocacia					
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família	①	②	③	④	⑤
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente	①	②	③	④	⑤
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente	①	②	③	④	⑤
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente	①	②	③	④	⑤
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados	①	②	③	④	⑤
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente.	①	②	③	④	⑤
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	①	②	③	④	⑤
4 - Quedas					
1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído.	①	②	③	④	⑤
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendem em consideração a avaliação do risco	①	②	③	④	⑤
3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
5. Ocorrem quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
5- Úlceras de pressão					
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	①	②	③	④	⑤
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	①	②	③	④	⑤
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	①	②	③	④	⑤
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos factores de risco	①	②	③	④	⑤
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	①	②	③	④	⑤
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	①	②	③	④	⑤
7. Os posicionamentos são ajustados às necessidades	①	②	③	④	⑤
8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
9. Ocorrem úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤

6 - Medicação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem erros de medicação	①	②	③	④	⑤
3. Ocorrem erros na preparação da medicação por:					
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	①	②	③	④	⑤
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	①	②	③	④	⑤
3. A farmácia enviar o medicamento errado	①	②	③	④	⑤
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	①	②	③	④	⑤
5. O enfermeiro ser interrompido durante a actividade	①	②	③	④	⑤
6. Distracção do enfermeiro	①	②	③	④	⑤
4. Ocorrem erros na administração da medicação por:					
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)	①	②	③	④	⑤
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	①	②	③	④	⑤
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	①	②	③	④	⑤
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	①	②	③	④	⑤
5. Incorrecta identificação do medicamento preparado	①	②	③	④	⑤
6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente	①	②	③	④	⑤
7. Falhas na execução da técnica de administração	①	②	③	④	⑤
5. Vigilância da medicação					
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	①	②	③	④	⑤
7- Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS)					
1. Existe risco de ocorrerem infecções (IACS)	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem infecções (IACS)	①	②	③	④	⑤
3. A Higiene das mãos realiza-se:					
1. Antes e após o contacto com o doente	①	②	③	④	⑤
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	①	②	③	④	⑤
3. Após o contacto com sangue e fluidos corporais	①	②	③	④	⑤
4. Os Equipamento de Protecção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos procedimentos a realizar					
5. Na manipulação de material cortante/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	①	②	③	④	⑤
6. Os objectos cortantes/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	①	②	③	④	⑤
7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	①	②	③	④	⑤
8. Os resíduos hospitalares são objecto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	①	②	③	④	⑤
9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	①	②	③	④	⑤

8 - Percepção Geral (no meu serviço)

1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	①	②	③	④	⑤
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	①	②	③	④	⑤

APÊNDICE II - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do CHMT para aplicação dos questionários

É do interesse a realização
 e - quanto a isto.

A comissão e item
 para parecer

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Médio Tejo

Nelson Paulino Silva (Eng)
 Enfermeiro, D.º

Anabela de Jesus Pereira Ribeiro, enfermeira generalista a frequentar o VI Curso de Pós-licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como orientadora a Professora Isabel Maria Henriques Simões professora orientadora; vem solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário a enfermeiros dessa instituição, que desempenham funções nos serviço de internamento de Medicina e de Cirurgia, no âmbito da dissertação de mestrado com o tema "Perceções dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos associados à prática de Enfermagem".

O estudo tem como questões de investigação:

-Qual a percepção dos enfermeiros sobre eventos adversos associados à prática de enfermagem?

-Qual a percepção dos enfermeiros sobre o risco/ocorrência dos eventos adversos?

Das quais decorrem os seguintes objetivos:

-analisar a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes;

-avaliar a percepção que os enfermeiros têm sobre o risco/ocorrência de eventos adversos;

-analisar a relação entre alguns fatores socioprofissionais, (tempo de exercício profissional, formação recente na área da segurança, categoria profissional) que influenciam a percepção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da sua prática clínica;

-perceber se existem diferenças na percepção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da sua prática clínica, consoante o serviço em que desempenham funções.

De salientar que todos os dados recolhidos têm carácter sigiloso, e que a participação no estudo é subordinada ao consentimento livre.

Os resultados finais do estudo serão facultados á instituição.

Sem outro assunto de momento, pedem deferimento.

Atenciosamente

Anabela Ribeiro

Anabela Ribeiro

CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	
UNIDADE DE TORRES NOVAS	
ENTRADA	N.º 1280
ASS. _____	DATA 2.6.14
DESTINO: _____	
COPIA: _____	
ASS. _____	DATA ____/____/____

Isabel Simões

É do interesse a realização
e - perante esta.

À comissão de ética
para parecer

Ex.º Sr.º Presidente do Conselho de Administração

do Centro Hospitalar Médio Tejo

Nelson Paulino Silva (Enf.º)
Enfermeiro Diretor

Anabela de Jesus Pereira Ribeiro, enfermeira generalista a frequentar o VI Curso de Pós-licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como orientadora a Professora Isabel Maria Henriques Simões professora orientadora; vem solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário a enfermeiros dessa instituição, que desempenham funções nos serviço de internamento de Medicina e de Cirurgia, no âmbito da dissertação de mestrado com o tema "Perceções dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos associados à prática de Enfermagem".

O estudo tem como questões de investigação:

-Qual a percepção dos enfermeiros sobre eventos adversos associados à prática de enfermagem?

-Qual a percepção dos enfermeiros sobre o risco/ocorrência dos eventos adversos?

Das quais decorrem os seguintes objetivos:

-analisar a percepção que os enfermeiros têm sobre o cumprimento de práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes;

-avaliar a percepção que os enfermeiros têm sobre o risco/ocorrência de eventos adversos;

-analisar a relação entre alguns fatores socioprofissionais, (tempo de exercício profissional, formação recente na área da segurança, categoria profissional) que influenciam a percepção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da sua prática clínica;

-perceber se existem diferenças na percepção dos enfermeiros relativamente aos eventos adversos decorrentes da prática clínica, consoante o serviço em que desempenham funções.

De salientar que todos os dados recolhidos têm caráter sigiloso, e que a participação no estudo é subordinada ao consentimento livre.

Os resultados finais do estudo serão facultados à instituição.

Sem outro assunto de momento, pedem deferimento.

Atenciosamente

Anabela Ribeiro

Anabela Ribeiro

		CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO, E.P.E.	
UNIDADE DE TORRES NOVAS			
ENTRADA	N.º	1250	
ASS. _____	DATA	2.6.14	
DESTINO: _____			
CÓPIA: _____			
ASS. _____	DATA	____/____/____	

Isabel Simões