



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cultura de Segurança do Doente em Unidades com Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório

Patrícia Joana Fortunato França Simões

Coimbra, janeiro de 2023



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

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cultura de Segurança do Doente em Unidades com Procedimentos Anestésicos Fora do Bloco Operatório

Patrícia Joana Fortunato França Simões

Orientador: Professor Doutor Luís Leitão Sarnadas, Professor Adjunto da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: Mestre Ivo Cristiano Soares Paiva, Professor Adjunto Convidado da 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, *janeiro de 2023*

“Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que fez a tua rosa tão importante.”

(Antoine de Saint -Exupéry)

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas relevantes para a concretização deste trabalho.

Gostaria de agradecer em primeiro lugar ao meu orientador, Professor Doutor Luís Leitão Sarnadas, pelos sábios conselhos e sugestões, pela disponibilidade e rigor.

Ao co-orientador Mestre Ivo Cristiano Soares Paiva, por ser muito mais que isso, pela atenção, dedicação, disponibilidade e incentivo constantes.

Aos profissionais participantes no estudo por aceitarem colaborar voluntariamente na investigação.

Aos meus colegas de equipa por todo o apoio e motivação.

À Mónica que pela sua generosidade facilitou esta minha caminhada.

Aos meus pais e irmã, que me ajudaram a cuidar dos meus.

Ao Renato, meu marido, por mais uma vez se ter mostrado um verdadeiro companheiro, por me ajudar nos momentos de desânimo e incertezas, pela sua compreensão, paciência e apoio incondicional.

Aos meus filhos, Bernardo e Dinis, pela inspiração diária a fazer mais e melhor, por suportarem as minhas ausências e por darem sentido à minha vida.

ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Frequência percentual

AHRQ – *Agency for Health Research and Quality*

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

et al. – entre outros

EUA – Estados Unidos da América

HSPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ISO – *International Organization for Standardization*

IPOLFG E.P.E. – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial

Máx. – Máximo

Mín. – Mínimo

N – Frequência absoluta

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

r – Correlação

r^2 – Coeficiente de determinação

sig. – Significância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

X^2 – Qui-quadrado

RESUMO

A cultura de segurança do doente, engloba os valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que condicionam o compromisso, estilo e ação no que respeita à segurança do doente constituindo um direito elementar em saúde, sendo fundamental a sua avaliação para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução.

Os cuidados anestésicos fora do bloco operatório (BO) têm aumentado significativamente o que justifica a pertinência do tema. A presente investigação pretendeu caracterizar a cultura de segurança do doente percebida pelos profissionais, identificar os pontos fortes da cultura de segurança do doente e as suas oportunidades de melhoria.

Desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritiva, correlacional, assente em alguns pressupostos do estudo de caso. A amostra foi constituída por 56 profissionais de saúde (22 enfermeiros, 11 médicos anestesiolistas e 23 médicos não anestesiolistas), que exercem a sua atividade em locais onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO (Braquiterapia, Gastrenterologia, Ginecologia e Pneumologia).

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e pelo Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente - versão portuguesa. Foram cumpridos todos os pressupostos éticos.

A avaliação global da perceção da cultura de segurança traduziu-se num percentual de respostas positivas de 67,4%. Analisando as 12 dimensões que compõem a escala, que se podem agrupar nos domínios: Hospital, Unidade e Doente, as dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Resposta ao erro não punitiva” e “Frequência da notificação”, foram identificadas como necessitando de intervenção mais prioritária nos respetivos domínios. Identificou-se como ponto forte, no domínio da Unidade, o “Trabalho em Equipa”. Ao correlacionar a perceção da cultura de segurança com as variáveis sociodemográficas e profissionais, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na variável “anos de profissão” dos participantes.

Envolver a equipa multidisciplinar nas estratégias de melhoria equacionadas, dotar os serviços de profissionais considerando os limites mínimos atribuídos para a segurança

do doente, e construir uma cultura não punitiva face ao erro, parecem ser intervenções que podem contribuir para uma melhoria efetiva da cultura de segurança do doente nos locais estudados.

Palavras-Chave: cultura organizacional, segurança do paciente, enfermagem, anestesia, procedimentos anestésicos fora do bloco operatório.

ABSTRACT

The patient safety culture encompasses the values, beliefs, norms and individual and group skills that condition the commitment, style and action with regard to patient safety, constituting an elementary right in health, and its evaluation is essential to direct interventions improvement and monitor its progress.

Anesthetic care outside the operating room (OR) has increased significantly, which justifies the relevance of the topic. This investigation aimed to characterize the patient safety culture perceived by professionals, identify the strong points of the patient safety culture and its opportunities for improvement.

A quantitative, descriptive, correlational study was developed, based on some assumptions of the case study. The sample consisted of 56 health professionals (22 nurses, 11 anesthesiologists and 23 non-anesthesiologists), who work in places where anesthetic procedures are performed outside the OR (Brachytherapy, Gastroenterology, Gynecology and Pulmonology).

The data collection instrument consisted of a questionnaire for the sociodemographic and professional characterization of the participants and the Patient Safety Culture Assessment Questionnaire - Portuguese version. All ethical assumptions were met.

The global assessment of the perception of the safety culture resulted in a percentage of positive responses of 67.4%. Analyzing the 12 dimensions that make up the scale, which can be grouped into the following domains: Hospital, Unit and Patient, the dimensions "Support for patient safety by management", "Response to non-punitive errors" and "Frequency of reporting" were identified as needing more priority intervention in the respective domains. "Teamwork" was identified as a strong point in the Unit's domain. By correlating the perception of safety culture with the sociodemographic and professional variables, a statistically significant difference was found in the variable "years in the profession" of the participants.

Involving the multidisciplinary team in the equated improvement strategies, providing professional services considering the minimum limits assigned for patient safety, and building a non-punitive culture in the face of errors, seem to be interventions that can contribute to an effective improvement of the safety culture of the patient in the places studied.

Keywords: organizational culture, patient safety, nursing, anesthesia, anesthetic procedures outside the operating room.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Definição de conceitos da qualidade em saúde de Legido-Quigley et al. (2008) adaptado por Eiras (2011).	31
Tabela 2 – Condicionantes da anestesia fora do Bloco Operatório, adaptado de Jayaraman et al. (2010).	36
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e académica da amostra (n=56)	60
Tabela 4 – Caracterização profissional da amostra (n=56)	61
Tabela 5 – Taxa global da cultura de segurança do doente (n=47)	62
Tabela 6 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Hospital (n=55)	62
Tabela 7 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Hospital (Dimensões)	63
Tabela 8 – Dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” (n=55)	64
Tabela 9 – Dimensão “Trabalho entre unidades” (n=56)	66
Tabela 10 – Dimensão “Transições” (n=56)	67
Tabela 11 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Unidade (n=49)	67
Tabela 12 – Domínio da Segurança ao nível a Unidade (Dimensões)	69
Tabela 13 – Dimensão “Trabalho em equipa” (n=52)	70
Tabela 14 – Dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente” (n=56)	72
Tabela 15 – Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” (n=54) ...	73
Tabela 16 – Dimensão “Comunicação e feedback face ao erro” (n=56)	74
Tabela 17 – Dimensão “Abertura na comunicação” (n=56)	75
Tabela 18 – Dimensão “Dotações de profissionais” (n=55)	76
Tabela 19 – Dimensão “Resposta ao erro não punitiva” (n=55)	77
Tabela 20 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do doente (n=55)	77
Tabela 21 – Domínio da Segurança ao nível do Doente (Dimensões)	78
Tabela 22 – Dimensão “Perceções gerais sobre a Segurança do Doente” (n=56)	79

Tabela 23 – Dimensão “Frequência da notificação” (n=55).....	80
Tabela 24 – Grau de segurança do doente (n=56)	81
Tabela 25 – Número de eventos/ ocorrências notificadas (n=56)	81
Tabela 26 – Hipótese 1: Teste de normalidade (n=56)	82
Tabela 27 – Hipótese 1: Teste One-way Anova (n=56)	82
Tabela 28 – Hipótese 2: Teste de normalidade (n=56)	83
Tabela 29 – Hipótese 2: Teste de Kruskal-Wallis (n=56)	83
Tabela 30 – Hipótese 2: Comparações por método de Pairwise (n=56)	84
Tabela 31 – Hipótese 2 – Dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”: Comparações por Método Pairwise (n=56)	84
Tabela 32 – Hipótese 2 - Dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente”: Comparações por Método Pairwise (n=56)	85
Tabela 33 – Hipótese 2 – Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”: Comparações por Método Pairwise (n=54).....	85
Tabela 34 – Hipótese 2 – Dimensão “Comunicação e feedback face ao erro”: Comparações por Método Pairwise (n=56)	86
Tabela 35 – Hipótese 2 - Dimensão “Perceções gerais sobre a Segurança do Doente”: Comparações por Método Pairwise (n=56)	86
Tabela 36 – Hipótese 2 - Dimensão “Frequência da notificação”: Comparações por Método Pairwise (n=55)	87
Tabela 37 – Hipótese 3: Teste de normalidade (n=56)	87
Tabela 38 – Hipótese 3: Teste de Kruskal-Wallis (n=56)	88
Tabela 39 – Hipótese 3: Estudo de correlações - Rô de Spearman (n=56)	88
Tabela 40 – Hipótese 4: Teste de Normalidade (n=56).....	88
Tabela 41 – Hipótese 4: Teste de Kruskal-Wallis (n=56)	89
Tabela 42 – Hipótese 4: Estudo de correlações - Rô de Spearman (n=56)	89

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	21
1. SEGURANÇA DO DOENTE.....	23
1.1. CULTURA DE SEGURANÇA	24
1.2. INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE.....	26
2. QUALIDADE EM SAÚDE.....	29
3. ANESTESIOLOGIA FORA DO BLOCO OPERATÓRIO	33
3.1. CONTEXTOS EM QUE SE PODEM REALIZAR PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS FORA DO BLOCO OPERATÓRIO	34
3.2. CONDIÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS FORA DO BLOCO OPERATÓRIO	35
3.3. ANESTESIA FORA DO BLOCO OPERATÓRIO: RESPOSTAS A UM NOVO DESAFIO.....	38
3.4. EVENTOS ADVERSOS EM ANESTESIOLOGIA.....	41
3.5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM ANESTESIOLOGIA.....	42
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
1.METODOLOGIA.....	47
1.1. TIPO DE ESTUDO.....	47
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	48
1.3. CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
1.4. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS	50
1.5. TRATAMENTO DE DADOS.....	53
1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	54
PARTE III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	57

1. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	59
1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	59
1.2. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: ANÁLISE DESCRITIVA.....	62
1.3 VARIÁVEIS DE RESULTADO.....	80
1.4. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: ANÁLISE INFERENCIAL.....	81
PARTE IV-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	93
1.2. PERCEÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	95
1.3. RELAÇÃO ENTRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS.....	112
CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Pedido de autorização à autora da tradução e validação para Portugal do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture	
APÊNDICE II – Pedido de autorização à Comissão de Investigação e Ética do Hospital	
APÊNDICE III – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para preenchimento de questionário	
APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados (Questionário para caracterização de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e questionário de avaliação da cultura de segurança do doente - versão portuguesa)	

INTRODUÇÃO

A segurança do doente é um direito elementar em saúde, sendo esperado que represente uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (OMS, 2020).

A qualidade na saúde pode definir-se como o grau com que os serviços de saúde disponíveis aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual; abrange um conjunto de dimensões como a efetividade, eficiência, acesso, equidade e segurança do doente (Esteves & Pinto, 2021).

Neste sentido, é fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nas unidades hospitalares (Direção-Geral da Saúde, 2020).

A segurança do doente é um importante indicador da qualidade de cuidados de saúde, sendo a promoção de uma cultura de segurança um processo inegável para a melhoria da mesma. Só identificando os erros, os eventos adversos e as práticas que os originam, se pode apostar numa prática preventiva e promotora de segurança (Pinto & Sarnadas, 2020).

Nas últimas duas décadas têm aumentado significativamente o número de procedimentos anestésicos realizados fora do bloco operatório. A organização, a capacidade de liderança, o treino e a experiência dos profissionais envolvidos são fundamentais para que possam ser cumpridos os mesmos *standards* que regem a prática dentro do bloco operatório, evitando eventos adversos e garantindo o melhor cuidado ao doente (Ordem dos Médicos, 2019).

A anestesia fora do bloco operatório abrange uma ampla gama de cuidados anestésicos. Reporta-se a qualquer local fora do ambiente tradicional de bloco operatório, como a cardiologia de intervenção, endoscopia ou radiologia (Chang, Kaye, Diaz, Westlake, Dutton & Urman, 2015).

De facto, as técnicas realizadas fora do bloco operatório, são na sua generalidade menos complexas que as realizadas em bloco operatório e, embora com especificidades *per si*, têm, no entanto, em comum o ato anestésico (Instituto Português de oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2017).

A diversidade dos profissionais envolvidos nestes procedimentos varia consoante o país ou mesmo a região ou hospital onde os cuidados são prestados. Os enfermeiros têm um papel preponderante nos procedimentos anestésicos realizados fora do bloco operatório (Palli, *et al.*, 2011).

Em Portugal, a escassa evidência científica disponível e a necessidade de existência de *guidelines* que normalizem os cuidados de enfermagem em procedimentos anestésicos fora do BO torna evidente a pertinência deste tema e o seu paralelismo com a garantia da segurança do doente, em que a avaliação da cultura de segurança é justificada pelas especificidades enunciadas.

Segundo Apóstolo (2017), a importância de basear as práticas de cuidados de saúde sobre a melhor evidência internacional disponível e de traduzir esse conhecimento em ação, tem sido cada vez enfatizada. Isto porque, alicerçar a prática na evidência, possibilita ao enfermeiro a melhoria da qualidade na prestação dos cuidados.

Dando resposta ao Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, a necessidade do enfermeiro participar ativamente no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, bem como, na garantia de um ambiente de cuidados terapêutico e seguro, constituíram outros fatores motivadores para a realização deste trabalho de investigação.

Tendo em consideração esta problemática, delineou-se a seguinte questão norteadora de investigação:

“Como é que os profissionais de saúde percecionam a cultura de segurança do doente nas unidades em que são realizados procedimentos anestésicos fora do bloco operatório?”.

Para dar resposta a esta questão, efetuou-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, assente em alguns pressupostos do estudo de caso. Com o propósito de caracterizar a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais de saúde das unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório num hospital de oncologia; identificar os pontos fortes da cultura de segurança do doente e identificar as oportunidades de melhoria nestes contextos.

Este trabalho, para além da presente introdução, da conclusão e referências bibliográficas, encontra-se estruturado em quatro capítulos. Primeiramente apresenta-se o enquadramento teórico/concetual onde são apresentados os conceitos centrais do estudo e a evidência científica atual.

Este enquadramento teórico assenta na análise dos conceitos essenciais deste estudo: “segurança do doente” e “procedimentos anestésicos fora do bloco operatório”.

O segundo capítulo expõe o enquadramento metodológico, que inclui o tipo de estudo; a questão de investigação, objetivos e hipóteses; o contexto, população e amostra; procedimentos e instrumento para a colheita de dados; tratamento de dados e os procedimentos formais e éticos.

No terceiro, apresentam-se os resultados obtidos com a investigação. No quarto capítulo consta a discussão dos resultados, em que se analisam os resultados obtidos e a confrontação com a literatura científica disponível.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

1. SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é um aspeto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes. Não se pode considerar que seja um conceito pragmático e bem delimitado, na medida em que se tem que atender à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e também pela sensibilidade do tema. Pode-se admitir que é um conceito em evolução, da maior atualidade, podendo mesmo ser considerado o grande desafio para a saúde do século XXI (Barroso, Sales & Ramos, 2021).

Segundo a classificação internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) a segurança do doente é a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário ao cuidado da saúde (Pavão, et al., 2019). Sendo que um mínimo aceitável respeita à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados de saúde são prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (Barroso et al., 2021).

A temática da segurança do doente tem conquistado um interesse crescente na área da saúde nas últimas décadas; a OMS tem-na colocado como uma prioridade, tendo alcançado maior destaque aquando da definição das políticas de saúde.

A segurança do doente é importante para o doente, mas também para os prestadores de cuidados e gestores das unidades de saúde. Tendo-se tornado um imperativo ético e uma preocupação crescente dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados (Silva, Pedrosa, Leça & Silva, 2016).

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS), seguindo as orientações europeias, delineou um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes com metas a cumprir entre 2015-2020, com nove objetivos estratégicos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistémica de notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho nº 1400-A/2015, Diário da República, 2015).

Já em 2021, o novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, considerando o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde. Este Plano apresenta-se estruturado com base em cinco pilares com catorze objetivos estratégicos, sendo esses pilares: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes e segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, 2021).

A Segurança do Doente é uma área prioritária na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, considerando-se crucial a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e perceber a evolução das mesmas nos hospitais (DGS, 2020).

1.1. CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança de uma organização é algo complexo e abrange variadas dimensões. Considerando esta abrangência do conceito, o consenso em relação às dimensões que a integra não é fácil de alcançar. Existem, no entanto, características que se apresentam como fundamentais quando falamos deste fenómeno: notificação de eventos adversos; visão sistémica do erro; aprendizagem em torno do erro; importância da comunicação; preocupação geral com a segurança; importância da liderança; trabalho em equipa, cuidados baseados na evidência e centrados no doente; cultura não punitiva do erro (Silva et al., 2016).

A cultura de segurança de uma organização é percebida como o produto dos valores individuais e do grupo, das suas atitudes, perceções, competências e comportamentos que determinam o seu empenho e compromisso para a prosperidade organizacional e a sua gestão segura. Este conceito abrange toda a estrutura organizacional, incluindo também competências não-técnicas como o trabalho em equipa, comunicação e *report* de acontecimentos adversos, tal como mencionam Pinto e Sarnadas (2020).

Para a DGS (2020), a cultura de segurança dos doentes deve ser avaliada, de forma contínua, nas instituições hospitalares através de um questionário que pode ser preenchido por todos os profissionais e colaboradores, abrangendo as seguintes dimensões: trabalho em equipa; expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; apoio à segurança do doente pela gestão; aprendizagem organizacional - melhoria contínua; perceções gerais sobre a segurança do doente; *feedback* e comunicação acerca do erro; abertura na comunicação;

frequência da notificação; trabalho entre as unidades; dotação de profissionais; transições e resposta não punitiva ao erro. Sendo que, tanto a OMS como o Conselho da União Europeia, recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a implementação de mudanças de comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, de forma a alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade de cuidados prestados aos doentes.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o primeiro objetivo estratégico consistia em aumentar a cultura de segurança do ambiente interno. Para tal foram previstas múltiplas ações: participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais; participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários; monitorizar a adesão das instituições; implementar medidas de melhoria nos hospitais e nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos; desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança do doente; incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos programa (Despacho n.º1400-A/2015, Diário da República, 2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, mantém este foco na cultura de segurança, definindo-a como um dos cinco pilares basilares. Partindo do conceito de cultura de segurança da Organização Mundial de Saúde – “conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões de segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, 2021, p.99) – estabelece três objetivos estratégicos nesta área, sendo eles: promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente; avaliar a cultura de segurança e aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, Diário da República, 2021).

As organizações com uma cultura de segurança positiva, caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, perceções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas de prevenção permitem proteger os doentes de eventuais erros não intencionais (Nieva & Sorra, 2003).

O conceito de “cultura de segurança” pode distinguir-se de “clima de segurança”, na medida em que este último corresponde às perceções dos profissionais em relação à existência de políticas, procedimentos e práticas de segurança, sendo, portanto, um bom indicador da cultura de segurança de um dado serviço (Madeira, 2012).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde devem promover uma cultura que favoreça que os profissionais tenham consciência das situações que podem provocar falhas, que sejam capazes de falar sobre os seus próprios erros e dos outros, não com o intuito de punição, mas sim de melhoria (Eiras, 2011).

Para que haja uma cultura de segurança do doente satisfatória é fundamental que haja uma liderança efetiva onde os trabalhadores devem partilhar valores, crenças e normas e devam conhecer quais os comportamentos que deles são expectáveis (Smith et al., 2015 citados por Pinto & Sarnadas, 2020).

Determinar as atitudes e perceções dos profissionais que contribuem para a cultura de segurança das organizações é o início do processo de melhoria da segurança do doente (Eiras, 2011).

Instituir uma cultura de segurança numa organização implica implementar medidas, consolidar conhecimentos, esclarecer dúvidas e caminhar no sentido de uma melhoria contínua. Práticas mais seguras exigem a criação de uma cultura de aprendizagem e de partilha, onde os profissionais se sintam capazes de falar e agir em prol da segurança do doente e, os gestores/líderes valorizem a cultura de segurança (Vogus, Stuclicke & Weick, 2010).

A segurança do doente é uma componente fulcral no redesenho dos sistemas das organizações de saúde e avaliar a sua cultura de segurança é uma ferramenta de identificação das áreas de melhoria destes sistemas (Eiras, 2011).

Apesar da segurança do doente ser uma prioridade na atuação dos profissionais de saúde, assume-se que existe sempre um grau de risco que decorre da sua intervenção. Estes riscos devem ser antecipados e geridos de forma à sua mitigação, para que não afetem os doentes. Só assim se conseguirá alcançar o desafio proposto pela OMS em 2020: “zero danos evitáveis”.

1.2. INCIDENTES DE SEGURANÇA DO DOENTE

A Direção-Geral da Saúde (2011) define “evento” como algo que acontece a um doente ou que o implique. Admite um erro como uma falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. E considera que um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).

Os eventos adversos apresentam-se assim como uma realidade na prestação dos cuidados de saúde. Estes podem originar danos mais ou menos graves nos doentes,

mas também acarretar custos sociais e económicos nos profissionais envolvidos, nas organizações e na sociedade em geral (Castilho, 2014).

Não sendo possível enumerar todos os eventos adversos que podem ocorrer na prática dos cuidados de saúde, a autora acima referenciada identifica seis dos erros que podem ocorrer e que estão associados aos cuidados de enfermagem: falhas na vigilância dos doentes/julgamento clínico; falhas na advocacia; quedas; úlceras por pressão; erros de medicação e infeção associada aos cuidados de saúde.

As medidas de promoção de saúde atuais são baseadas nas políticas de gestão de risco. Políticas essas que permitem desenvolver a capacidade de estar alerta para a possibilidade de eventos adversos, de os detetar, compreender e recuperar dos mesmos, antes que estes tragam consequências negativas (Pinto & Sarnadas, 2020).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a melhor segurança possível dos doentes, evitando incidentes. Salienta-se que a causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas sim relacionada com defeitos da organização, de coordenação ou de comunicação, que podem revelar baixo índice de cultura sistémica de segurança ou de política institucional de identificação de riscos específicos (Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República, 2015).

Considerando imperativo que os erros/eventos adversos sejam identificados, analisados, avaliados e controlados através de medidas corretivas recorrendo a uma política de gestão de risco, torna-se prioritário consciencializar e instigar à notificação do erro/evento adverso, por forma a otimizar a aprendizagem através da identificação e análise do erro, promovendo assim a melhoria contínua dos cuidados prestados (Lima, Agostinho, Mota & Príncipe, 2018).

2. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade é dinâmico e tem evoluído ao longo dos tempos, pelo menos desde que o ser humano iniciou as suas relações comerciais. Estende-se e aplica-se em várias dimensões, sendo muitas vezes associado a algo subjetivo que não tem uma definição única (Ishida & Oliveira, 2019).

A evolução do conceito de qualidade torna-se mais compreensível se analisarmos a forma como tem sido compreendido ao longo dos tempos.

Podemos assumir que a evolução da qualidade passou por três grandes fases: pela era da inspeção, quando o produto era inspecionado pelo produtor e pelo cliente, com foco na deteção de eventuais defeitos – pouco antes da Revolução Industrial; pela era do controlo estatístico, quando era promovida a inspeção recorrendo a técnicas estatísticas, isto é, certo número de produtos eram selecionados de forma a serem inspecionados, sendo representativo da qualidade de todo o lote; pela era da qualidade total, período contemporâneo em que o cliente é o centro da atenção das organizações em que se procuram satisfazer as necessidades e expectativas do cliente (Oliveira, 2020).

Qualidade não significa perfeição, mas o equilíbrio entre as necessidades e as expectativas dos clientes e o padrão que dada organização se propõe a oferecer. Assim a qualidade dos produtos e serviços de uma organização é determinada pela capacidade de satisfazer os clientes e pelo impacto pretendido nas partes interessadas. Inclui não apenas a sua função e desempenho pretendidos, mas também o seu valor percebido e o benefício para o cliente (ISO 9001, 2015).

O conceito de qualidade pode ser definido como: valor; conformidade de especificações e como requisitos prévios; ajustamento do produto/serviço ao utilizador; redução de desperdício; atendimento e/ou superação das expectativas dos consumidores (Ishida & Oliveira, 2019).

Os princípios da melhoria da qualidade incluem entre outros: a liderança; a abordagem aos processos produtivos, considerando as atividades-chave alinhadas e inter-relacionadas e a tomada de decisões baseada em fatos (ISSO 9001, 2015 referenciado por Barroso et al., 2021).

À semelhança do conceito de qualidade, o conceito de qualidade em saúde também não é estático nem consensual. A qualidade em saúde pode ser percebida segundo três pontos de vista: das organizações, utilizando os recursos disponíveis da melhor forma, sem desperdício e dentro dos requisitos exigidos; dos profissionais de saúde, seguindo procedimentos e métodos considerados eficazes para atender às necessidades clínicas do doente e dos doentes, recebendo o tratamento que querem e esperam, durante e após o atendimento (OMS, 2008 referenciado por Paiva, 2019).

Esta temática pode, portanto, ser abordada na ótica do utilizador, do prestador, do gestor/financiador, existindo vários fatores que podem condicionar a sua definição, como o nível de prestação centrada no hospital, na unidade ou ainda no contexto da prestação de cuidados primários de saúde (Eiras, 2011).

A referida autora apresenta uma síntese dos principais conceitos de qualidade em saúde:

Tabela 1 – Definição de conceitos da qualidade em saúde de Legido-Quigley et al. (2008) adaptado por Eiras (2011).

<i>Autor / Organização</i>	<i>Definição da qualidade em saúde</i>
Donabedian (1988)	Forma de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, considerando o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação dos cuidados de saúde.
IOM (1990)	Grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingir os resultados de saúde dos indivíduos e populações, consistentes com o conhecimento profissional existente.
JCAHOC (1993)	Forma como os serviços de saúde, face aos conhecimentos da época, aumentam a probabilidade de obter os resultados esperados e reduzem a de obter resultados indesejados.
Department of Health (UK) (1997)	Fazer o que é correto, à pessoa correta, no momento correto.
Conselho da Europa (1998)	Nível em que o tratamento realizado aumenta a probabilidade do doente alcançar os resultados esperados e diminui a probabilidade de ele resultados indesejados (considerando o estado atual dos conhecimentos).
WHO (2000)	Nível de realização dos objetivos dos sistemas de saúde para a melhoria da saúde e para a capacidade de resposta que satisfaça as expetativas da população.
MoniQuor (2004)	Posição em que os cuidados prestados devem atingir o balanço mais favorável entre riscos e benefícios, conferindo aptidão para satisfazer as necessidades (explícitas e /ou implícitas).

Além dos conceitos apresentados, qualidade em saúde pode definir-se como o grau de conformidade com que os serviços de saúde disponíveis, utilizando o conhecimento profissional atual, aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados nos indivíduos e populações (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000, citado por Barroso et al., 2021).

A qualidade em saúde pode ser ainda percebida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do indivíduo. Pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do indivíduo. A eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, são pilares da qualidade em saúde (Despacho n.º 5613/2015, Diário da República, 2015).

Se por um lado, a OMS, em 2006, definiu os conceitos básicos da qualidade, afirmando que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros; por outro lado, durante a última década, a Organização

para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, escolheu salientar três dimensões da qualidade – eficácia, segurança e atenção centrada nos doentes.

Recentemente a OMS descreveu “cuidados de alta qualidade” como cuidados seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados. Os cuidados seguros podem mesmo ser encarados como um barómetro de sucesso dos sistemas para melhorar a qualidade dos serviços (OMS, 2020).

A qualidade na área da saúde pode e deve ser avaliada, mas para ser completa e detalhada deve-se realizar essa avaliação considerando todo o conjunto de componentes ou dimensões. A segurança do doente é, sem dúvida, uma dessas dimensões.

Barroso et al. (2021) referem que a segurança do doente enquanto dimensão da qualidade em saúde pode gerar confusão, por duas razões: a primeira, porque a segurança do doente pode ser vista de forma redutora como “só mais uma” dimensão da qualidade; a segunda, porque a segurança do doente promove a qualidade na saúde.

A qualidade dos cuidados pode ser expressa sobretudo ao nível da interação entre o prestador e o doente, no entanto, ela ocorre no seio de um sistema de saúde muito mais amplo e complexo. Esse contexto deve ser tomado em consideração por aqueles que planeiam os esforços nacionais para melhorar a qualidade dos cuidados (OMS, 2020).

A qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português (Despacho n.º 5613/2015, Diário da República, 2015).

Os sistemas de gestão de qualidade são fundamentais para a melhoria da segurança do doente. A criação destes sistemas torna-se mais fácil se for usado um modelo testado, baseado num referencial reconhecido. Em Portugal, existem sobretudo quatro modelos utilizados nas instituições de saúde, articulando, sempre que adequado, a sua importância para a segurança do doente: programa de certificação pela NP EN ISO 9001 (Norma Portuguesa, adotada de Norma Europeia de *International Organization for Standardization*); programa de acreditação do CASPE (*Clinical; Accountability and Service Planning Evaluation*) Healthcare Knowledge Systems (CHKS), de Inglaterra; programa de acreditação da *Joint Commission International* (JCI), dos Estados Unidos da América; programa de acreditação da Agência de *Calidad Sanitaria de Anadaluia* (ACSA) (Barroso et al., 2021).

3. ANESTESIOLOGIA FORA DO BLOCO OPERATÓRIO

A evolução da Anestesiologia como ciência médica tem sido gradual, com modificações de conceitos à luz da evidência dos fatos expostos pelo método científico. Podem-se considerar os objetivos da anestesiologia: supressão da consciência, supressão de respostas fisiológicas aos estímulos nódicos, provisão de relaxamento muscular e alívio total ou ótimo da dor pós-operatória (Nociti, 1999).

Não querendo aprofundar os variados tipos de anestesia e graus diferentes de sedação que se podem alcançar, parece importante realçar que se entende por procedimentos de sedação e analgesia a utilização de fármacos sedativos/hipnóticos, de curta duração de ação, isoladamente ou em associação com fármacos analgésicos (opiídeos e não opiídeos). Estes atos permitem a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos e exigem uma cuidada vigilância do doente, evitando potenciais efeitos adversos/complicações (Ordem dos Médicos, 2020).

O avanço do desenvolvimento científico e tecnológico representa o principal determinante para o crescimento dos procedimentos de diagnóstico cada vez mais complexos, bem como, de intervenções minimamente invasivas em medicina. Consequentemente, esta realidade, exige que o limite da prática de anestesiologia cresça e quebre com o papel tradicional de anestesiologia ligada apenas à sala cirúrgica (Calabrese, 2019).

A anestesia fora do BO abrange uma gama ampla de cuidados anestésicos e refere-se a qualquer local fora do ambiente de cirurgia tradicional/BO convencional. Esses locais podem ser serviços de cardiologia de intervenção, endoscopia, estomatologia ou radiologia, entre outros (Chang et al., 2015).

Nas últimas décadas, a procura por cuidados de anestesiologia fora do BO foi crescendo. Consequência do aumento e variedade de procedimentos de diagnóstico e terapêutica realizados em áreas de emergência, endoscopia digestiva, pneumologia, radiologia de intervenção, psiquiatria, pediatria, odontologia, entre outras. O desenvolvimento em todas estas áreas associado ao desejo dos doentes de analgesia e anestesia, justificam a procura pela necessidade de desenvolvimento de práticas anestésicas fora da sala de operações (Chang et al., 2015; Kiekkas, 2015; Palli et al., 2011).

Tanto nos Estados Unidos da América como nos países da Europa, a anestesiologia praticada nas unidades de saúde fora do BO representa 12% a 15% do total de atos anestésicos (Kiekkas, 2015).

Da consulta da literatura científica disponível respeitante à temática em estudo, nenhum estudo foi realizado em Portugal. Encontraram-se artigos referentes a esta realidade nos Estados Unidos da América (Clark & Collins-Yorder, 2020; Lemay et al., 2015; Werthman, Maxwell, Dietrich, Jordan & Minnick, 2021; Chang et al, 2015), Espanha (Palli et al., 2011), Dinamarca (Jensen et al., 2011) e um estudo que abrangia diferentes países da Europa, do qual não fazia parte Portugal (Vari & Gangi, 2017).

Toda esta evolução despoleta novos desafios, a anestesiologia fora do BO requer a adaptação a novos contextos, equipamentos de monitorização adequados, equipa de assistência adequada, onde a falta de familiaridade com os procedimentos, o conhecimento insuficiente dos padrões básicos e a falta de experiência dos profissionais envolvidos podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados (Youn, Ko & Kim, 2015).

3.1. CONTEXTOS EM QUE SE PODEM REALIZAR PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS FORA DO BLOCO OPERATÓRIO

A anestesiologia fora do BO, em intervenções desconfortáveis ou dolorosas, é uma prática em expansão que envolve uma ampla variedade de profissionais (Metzner & Domino, 2010). Youn et al., (2015) também enfatizaram a ideia de que, nesta situação, é essencial a cooperação entre especialistas de diversas áreas.

Os autores supracitados destacam alguns contextos que mobilizam a anestesiologia para fora do BO, nomeadamente a neurorradiologia – a radiologia diagnóstica e de intervenção – que incluem a embolização de aneurismas cerebrais e malformações vasculares, pois apesar de não serem procedimentos dolorosos permite melhores resultados em caso de complicações. O mesmo acontece com os procedimentos de cateterismo cardíaco, endoscopia digestiva ou na área de pediatria. Especial destaque para o ambiente de exames como a ressonância magnética, por toda a especificidade da existência de campos magnéticos estáticos e dinâmicos fortes, que de alguma forma podem condicionar o trabalho dos anestesiológicos.

Jayaraman, Sethi e Sood já em 2010 haviam referido que a anestesiologia fora do BO pode estar presente nas unidades de queimados, ginecologia (por exemplo para

fertilização *in vitro* ou endoscopia), litotricia renal, odontologia ou unidades de psiquiatria (eletroterapia).

No nosso país, os contextos da anestesia fora do BO não diferem dos já mencionados sendo eles: radiologia, nomeadamente em ressonância magnética, TAC, quimioembolização tumoral, ablação tumoral por radiofrequência; neurorradiologia, em procedimentos como a angiografia cerebral diagnóstica e terapêutica, tratamento de aneurismas cerebrais, angioplastia carotídea; gastroenterologia, na endoscopia digestiva alta/baixa, ecoendoscopia com biópsia, dilatação ou colocação de endopróteses, colangiografia retrógrada endoscópica, entre outros; cardiologia de intervenção, em estudos eletrofisiológicos, ablação de disritmias, cardioversões elétricas, cateterismo cardíaco diagnóstico e terapêutico, etc.; cirurgia vascular, na angiografia diagnóstica e terapêutica, colocação de stents venosos; pneumologia, em broncofibroscopia e ecografia endobrônquica; obstetrícia e medicina de reprodução, como por exemplo, na colheita de ovócitos, trabalho de parto; neurofisiologia e urologia (Ordem dos Médicos, 2019).

O Serviço de Anestesiologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, destaca a sedação em adultos para procedimentos endoscópicos (colonoscopias, dilatações esofágicas e broncoscopias flexíveis, entre outros) e a anestesia geral para procedimentos de braquiterapia, broncoscopia rígida e ecografia endobrônquica, como os procedimentos que requerem anestesia em fora do BO naquela Instituição (IPOLFG, E.P.E., 2017).

3.2. CONDIÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS FORA DO BLOCO OPERATÓRIO

A anestesia fora do BO acarreta alguns desafios que podem ser agrupados naqueles que estão relacionados com o equipamento, com os profissionais, com as particularidades do procedimento e com o próprio doente (Jayaraman et al., 2010).

Estas condicionantes podem ser resumidas na tabela 2:

Tabela 2 – Condicionantes da anestesia fora do Bloco Operatório, adaptado de Jayaraman et al. (2010).

Áreas	Condicionantes
Equipamento	<u>Ventilador</u> (frequentemente um modelo mais básico, podendo não ser familiar a quem manuseia). <u>Fonte de Oxigénio</u> (nem sempre a fonte de oxigénio é confiável e adequada à duração do procedimento). <u>Elettricidade</u> (tomadas insuficientes para o equipamento de anestesia e de monitorização). <u>Iluminação</u> (nem sempre a fonte de iluminação é adequada). <u>Medicação</u> (os medicamentos necessários para a anestesia são usados com menos frequência). <u>Sistema de Aspiração</u> (nem sempre está funcionando e pronto a ser usado). <u>Adequada extração de gases anestésicos</u> (nem sempre o sistema de extração é eficaz). <u>Restrições no espaço</u> (o equipamento necessário aos procedimentos em causa associado ao pouco espaço da maioria dos locais, condiciona muitas vezes o espaço no ambiente de trabalho). <u>Mesas/macas cirúrgicas</u> (pode não estar disponível mesa cirúrgica que permita os posicionamentos adequados a dado procedimento). <u>Equipamento de monitorização</u> (devem ser utilizados monitores iguais nos diferentes locais onde se realiza anestesia).
Profissionais	Profissionais não treinados para dar apoio ao anestesista (deve ser assegurada comunicação célere e eficaz com profissionais que possam dar resposta diferenciada em caso de complicações).
Procedimento	Muitos procedimentos são realizados em salas escuras, no entanto a iluminação não deve condicionar a monitorização adequada e segurança do doente. Alguns procedimentos de endoscopia e biópsias guiadas por TAC exigem que o doente esteja posicionado em decúbito lateral ou ventral. Deve ter-se em atenção que em caso de necessidade de reanimação o reposicionamento do doente deve ser rápido. A duração do procedimento é difícil de prever, pelo que a medicação usada deve ter este fator em consideração. A comunicação entre equipas é fundamental.
Doente	Os doentes são geralmente admitidos no dia do procedimento, no entanto uma avaliação anestésica cuidadosa não deve ser descurada, nem que seja realizada minutos antes do procedimento. É crucial confirmar o jejum, a medicação e antecedentes, bem como uma avaliação rápida das vias aéreas. Condição do doente/Pressupostos para a realização do procedimento anestésico (preparação - jejum, medicação, avaliação das vias aéreas Mallampatti/ASA).

Para a realização de anestesia fora do BO, deve ser confirmado que estão asseguradas as infraestruturas que garantem a eficácia na execução do procedimento, atendendo à segurança dos doentes e profissionais; que há uma preparação adequada dos anestesiológicos e dos enfermeiros que prestam cuidados relacionados com os procedimentos anestésicos para as especificidades deste tipo de anestesia e que os

serviços estão organizados de forma a responder com eficácia a situações de urgência/emergência (IPOLFG, E.P.E., 2017).

De acordo com as recomendações da ASA (*American Society of Anesthesiologists*), deve ser garantido que durante todo o procedimento a monitorização da oxigenação, ventilação, circulação e temperatura do doente (Kiekkas, 2015).

De acordo com a mesma entidade, existem condições mínimas que devem ser asseguradas em salas onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO: fonte de oxigénio, de preferência conectada à central do Hospital; fonte de aspiração; sistema de despoluição, quando há manipulação de gases anestésicos; insuflador manual, fármacos anestésicos e monitorização adequada; tomadas elétricas suficientes e iluminação adequada; espaço suficiente, que garanta o acesso rápido ao doente; carro de emergência; enfermeiros capazes de dar resposta ao ato anestésico e sistema de comunicação fiável, que permita requisitar ajuda diferenciada em caso de necessidade. Além de tudo isto, o IPOLFG, E.P.E. (2017) alerta que em cada local, devem estar disponíveis protocolos de emergência. Deve também estar disponível tudo o que for necessário para uma assistência pós-anestésica eficaz e segura-

Jayaraman et al. (2010) definem também uma *checklist* a considerar para a realização de anestesia fora do BO, recorrendo a um acrónimo - SOAPME:

S (*suction*) – sistema de aspiração funcionante, bem como, sondas de aspiração de tamanho adequado.

O (*oxygen*) – fontes de oxigénio confiáveis e uma fonte secundária de emergência.

A (*airway*) – equipamentos para permeabilização da via aérea e de tamanhos adequados, nomeadamente: máscara facial, tubos nasofaríngeos e orofaríngeos; tubos endotraqueais; lâminas de laringoscópio; insuflador manual.

P (*pharmacy*) – fármacos básicos necessários para suporte de vida durante uma emergência: adrenalina, atropina, glicose, naloxona, flumazenil, entre outros.

M (*monitors*) – oximetria de pulso, pressão arterial, capnografia, temperatura e Eletrocardiografia.

E (*equipment*) – desfibrilhador com pás, tomadas elétricas e iluminação adequada, extração de gases adequada, meios de comunicação confiáveis.

O conjunto destas condições descritas permite realizar procedimentos anestésicos fora do BO de uma forma segura. Não esquecendo ainda que, a importância dos cuidados pós-anestésicos, a monitorização e o transporte acompanhado por enfermeiro e anestesiológista até à unidade de recobro, são cuidados importantes. Também os

critérios para a alta clínica devem ser cumpridos e protocolados previamente, podendo recorrer-se a critérios como os de Aldrete (avaliação da: atividade muscular; respiração; circulação; consciência e saturação de oxigénio).

3.3. ANESTESIA FORA DO BLOCO OPERATÓRIO: RESPOSTAS A UM NOVO DESAFIO

A especificidade dos procedimentos anestésicos fora do BO pode levar à questão de quem deve ser responsável pela anestesia fora do BO. O médico anestesiológista é sem margem de dúvidas o profissional melhor preparado para responder a este desafio, no entanto, os custos económicos e a falta de médicos especialistas em anestesiologia impedem uma resposta adequada às necessidades. Este facto leva a que se tenham desenvolvido outras soluções para dar resposta a este problema, nomeadamente a realização de sedação por médicos de outras especialidades ou por enfermeiros (Palli, et al., 2011). As realidades da sedação/anestesia são variadas entre países e mesmo entre instituições, com diferentes níveis e métodos de sedação para procedimentos semelhantes (Vari & Gangi, 2017).

A necessidade de anestesiarem os doentes em procedimentos, que de alguma forma causem desconforto ou dor nos doentes, é inquestionável. Também a utilização do propofol, isoladamente ou em associação com opiáceos, neste tipo de procedimentos está amplamente estudada (Palli, et al., 2011). A problemática surge então de quem é a responsabilidade da sua administração nestes contextos específicos.

Segundo Werthman et al. (2021) existem vários artigos que abordam a segurança da sedação ressaltando que existem profissionais, médicos não anestesiológistas e enfermeiros, que têm formação, treino e competências que lhes permitem gerir complicações e eventos adversos. No entanto, estes autores alertam que a formação adequada não está descrita, nomeadamente as competências específicas dos enfermeiros que exercem as suas funções nos locais onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO. Referem que é limitada a literatura que reporta a formação ou treino direcionados, que os profissionais podem receber nos seus hospitais ou serviços, para administrar os fármacos relacionados com sedação/anestesia com segurança.

O estudo supracitado, realizado com base nos dados de 82 hospitais, com o objetivo entender a formação e treino dos profissionais que prestavam cuidados relacionados com sedação nesse contexto, conclui que existem variações nos recursos educacionais, na exigência de certificações específicas de enfermagem e requisitos de treino em sedação moderada.

Com o intuito de perceber e de alguma forma validar as competências dos profissionais, não-anestesiologistas que estão ligados à anestesia fora do bloco operatório, Clark e Collins-Yorder (2020), na Flórida, desenvolveram um sistema de simulação de alta fidelidade que pretendia validar a capacidade do enfermeiro de anestesia em recuperar um doente da perda dos reflexos de proteção aquando o procedimento anestésico. Entre outros, este modelo de simulação, incluía também uma prova escrita sobre fármacos de anestesia e Suporte Avançado de Vida. De alguma forma, esta estratégia estudada, surgiu para colmatar as lacunas existentes na definição das competências exigidas aos enfermeiros que realizavam procedimentos anestésicos fora do BO, bem como na sua formação. Os resultados obtidos indicam que a simulação fornece o reconhecimento de padrões que se devem traduzir no melhor raciocínio clínico, proporcionando aos interessados um maior grau de confiança nas suas habilidades.

Também no sentido de promover a melhoria da qualidade de cuidados, Lemay et al. (2015) desenvolveram um formulário para avaliar as práticas de sedação/anestesia realizada por não-anestesiologistas e concluíram que as falhas incluem a falta de compreensão dos objetivos da sedação/anestesia, dos mecanismos de ação dos fármacos em uso e da falta de comunicação entre os profissionais durante o procedimento.

Os estudos desenvolvidos por Jensen et al., (2011) e por Palli et al., (2011) vão também na linha da necessidade de formação e validação de competências dos profissionais que exercem funções em contextos onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO.

O estudo efetuado por Jensen e demais colaboradores (2011), reportou a implementação de um programa num serviço de endoscopia digestiva, em que após a ministração de formação a enfermeiros e gastroenterologistas, a administração de propofol era realizada por enfermeiros, salvaguardando que os anestesiologistas estavam envolvidos em todo o processo e presentes nos procedimentos sempre que se justificasse. Este estudo permitiu demonstrar que a sedação com propofol, realizada por enfermeiros devidamente capacitados, era segura.

O segundo estudo, também realizado num serviço de endoscopia digestiva, permitiu descrever a implementação de um programa estruturado, com protocolo assistencial, formação específica e um esquema de trabalho bem delineado em que os enfermeiros de anestesia e anestesiologistas trabalharam no sentido de solucionar o aumento de procedimentos que requeriam anestesia.

Através deste programa, Palli, et al., (2011) conseguiram aumentar o número de procedimentos efetuados, trabalhando com um rácio de anestesiológista/enfermeiro que varia entre 1:2 ou 1:3. Os resultados alcançados permitiram demonstrar a segurança e eficácia do sistema de trabalho desenvolvido, fornecendo uma solução para o aumento significativo da necessidade de sedação/anestesia.

Como se pode constatar a anestesia fora do BO engloba em si um leque muito diversificado de práticas. Mesmo na Europa, esta diversidade é notória, como reflete o estudo de Vari e Gangi (2017).

Estes autores concluíram que no Reino Unido, Suíça, França e Países Baixos existem profissionais de enfermagem ou médicos não-anestesiologistas com diferentes requisitos de supervisão por médico anestesiológista e, consequentemente com diferentes níveis de autonomia. Devido à falta de profissionais com competências específicas em anestesiologia, cerca de 72% de profissionais médicos não-anestesiologistas encontram-se envolvidos diretamente na sedação. Outros países, como a Turquia, Grécia, Itália e Espanha, apresentam várias realidades e, apesar da escassez de profissionais com habilitações para procedimentos anestésicos, os profissionais médicos não-anestesiologistas geralmente realizam sedação, com um número notavelmente superior aos procedimentos efetuados sem anestesia ou apenas com anestesia loco-regional. A Sociedade Europeia de Anestesiologia, após a Sociedade Americana de Anestesiologia ter reafirmado que o propofol só deve ser administrado por profissionais treinados em anestesia geral, retirou o seu apoio à administração de propofol por médicos não-anestesiologistas. As opiniões divergem nos diferentes países, um pouco também em resposta às necessidades sentidas, variando entre os que tentam formar profissionais não-anestesiologistas para realizar sedação/anestesia em contextos específicos, fora do BO, e os que não sentem necessidade por terem profissionais capazes de responder a esta questão.

Apesar de todas estas disparidades, entre os diferentes países e no mesmo país conforme as regiões/hospitais, o certo é que a anestesia fora do BO não é isenta de riscos e requer formação adequada e profissionais capazes, sendo esta preocupação transversal a todos os estudos analisados. Só assim é possível certificar a segurança do doente e paralelamente garantir a máxima qualidade de cuidados.

3.4. EVENTOS ADVERSOS EM ANESTESIOLOGIA

Cerca de 48% dos eventos adversos conhecidos, estão relacionados com a cirurgia e a anestesiologia, sendo estes evitáveis em 30 a 50% dos casos, como refere Fragata (2010).

No mesmo sentido, Carvalhas e Marques (2014) evidenciam que apesar da anestesiologia ser considerada uma das atividades mais seguras, e de nos últimos 20 anos (considerando-se a data da publicação) a taxa de mortalidade de causa anestésica ter diminuído 10 vezes, muito ainda há a fazer nesta área.

Estes autores apontam algumas ferramentas para promover a segurança e diminuir o erro. Os sistemas para notificação do erro são uma dessas ferramentas, pois ao entender o contexto onde ocorre o erro é mais fácil delinear estratégias para o evitar. A simulação e os fatores organizacionais, recorrendo por exemplo a *checklists*, protocolos e algoritmos de atuação, são outras das técnicas sugeridas.

A anestesiologia é uma das áreas onde é notória a necessidade de investir em simultâneo na vertente tecnológica (sistema e equipamentos) e na vertente dos fatores humanos e da equipa para a promoção da segurança (Fragata, 2010).

A incidência de complicações graves associadas à anestesia fora do BO e as que ocorrem no BO são comparáveis, com risco de morte significativamente maior nas que ocorrem fora do BO. Entre essas complicações as mais comuns são as que estão associadas ao sistema respiratório – depressão respiratória, apneia, obstrução das vias aéreas ou aspiração pulmonar. Também as complicações cardiovasculares ou as reações alérgicas, podem ser graves ou mesmo fatais. Outros efeitos adversos como hipotermia, desorientação ou agitação podem comprometer o conforto e a satisfação dos doentes com os cuidados prestados (Kiekkas, 2015).

A incidência atual de complicações relacionadas com os procedimentos anestésicos fora do BO permanece pouco clara. Muito embora já existam alguns estudos sobre a prática de anestesiologia neste ambiente, faltam estudos de qualidade elevada, não havendo dados que comparem os resultados da prática entre os diferentes profissionais e especialidades (Metzner & Domino, 2010).

Os escassos estudos encontrados acerca desta problemática evidenciam que o aumento de procura por anestesia fora do BO foi acompanhado pela procura de cuidados de anestesia seguros para o doente, pois além dos procedimentos em causa apresentarem complexidade variável, os próprios doentes podem ter várias

comorbilidades que os tornam não-elegíveis para procedimentos mais invasivos ou denominados “convencionais” (Vari & Gargi, 2017).

Por esta razão, poder-se-ia deduzir que os procedimentos que requerem anestesia fora do BO apresentariam mais complicações para os doentes comparativamente com os procedimentos anestésicos em BO. No entanto, o estudo realizado por Chang et al. (2015), contradiz esta ideia. As complicações *minor* identificadas foram, entre outras: náuseas/vómitos, controlo inadequado da dor pós-operatória; problemas com a via aérea; instabilidade hemodinâmica – todas encontradas em maior percentagem em doentes submetidos a anestesia em BO. As complicações mais graves identificadas foram: complicações respiratórias; necessidade de reanimação e instabilidade hemodinâmica grave (todas menos prevalentes em anestesia fora do BO). Também a mortalidade foi superior em procedimentos anestésicos no das salas cirúrgicas convencionais.

O estudo de Jensen, Vilmann, Hornslet, Bodtger e Hammering (2011) identificou apenas a hipotensão e hipoxémia como eventos adversos em anestesia fora do BO e sem mortalidade associada. Assim como o estudo de Palli, et al. (2011), em que se concluiu que não houve complicações graves associados à técnica anestésica, sendo o evento adverso mais frequentemente relatado a depressão respiratória.

3.5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA EM ANESTESIOLOGIA

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que, nas unidades de exames especiais em que há sedação/anestesia, estejam dois enfermeiros por sala, sendo preferencialmente, um deles especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento n.º 743/2019, Diário da República, 2019).

Esta área específica da Enfermagem Médico-Cirúrgica “tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem uma experiência cirúrgica/anestésica” (Regulamento n.º 429/2018, Diário da República, 2018, p.19366). Sendo que, esta intervenção, foca o pré, o intra e o pós-operatório, o enfermeiro especialista nesta área, deve desenvolver a sua atuação no âmbito da consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

O enfermeiro perioperatório, deve demonstrar competências no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança do doente, maximizando a

segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar. É da sua responsabilidade promover um ambiente seguro para todos os intervenientes neste período, liderando também o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

Se nos focarmos no enfermeiro em anestesia, percebemos que existe uma grande diversidade de atuação do mesmo, com diferentes tipos de legislação, formação profissional e diretrizes de trabalho. Os Estados Unidos da América e mesmo alguns países europeus, apresentam uma legislação clara, definindo a atuação independente do enfermeiro em relação ao médico anestesiológista, com protocolos de cuidados que permitem a elaboração do plano anestésico e autonomia para a execução de assistência durante o procedimento cirúrgico. Por outro lado, há países europeus com ausência de legislação nesta área (Lemos & Peniche, 2016).

Na realidade portuguesa, os enfermeiros que atualmente prestam cuidados anestésicos fora do BO, apresentam diferenciações académica e/ou profissional variáveis: há os que trabalham sem formação específica na área e aqueles que possuem formação diferenciada e consequentemente maior autonomia, baseando a sua prática em protocolos específicos podendo colaborar com o médico anestesiológista dentro das suas competências.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1.METODOLOGIA

A investigação é um processo de estruturação de conhecimento, que permite conceber um novo conhecimento ou validar algum conhecimento preexistente. É um processo de aprendizagem (Sousa & Baptista, 2014). A investigação é primordial para a enfermagem enquanto ciência e enquanto disciplina prática, o que justifica, a importância da aquisição de conhecimentos básicos nesta área por estudantes e profissionais de enfermagem.

No mesmo sentido, Apóstolo (2017) reforça a importância de basear a prática de cuidados de saúde sobre a melhor evidência disponível, traduzindo o conhecimento em ação corroborando da ideia defendida por Streubert e Carpenter (2013) de que muita da evolução na investigação em enfermagem tem incidido na prática baseada na evidência.

Dado que o processo de investigação deve ser minuciosamente planeado, neste capítulo serão apresentados os aspetos metodológicos que sustentaram o estudo realizado, sendo este capítulo subdividido em: tipo de estudo; questão de investigação, objetivos e hipóteses formulados para a investigação; o contexto, população e amostra do estudo; procedimentos e instrumento para a colheita de dados; o processo de tratamento dos dados obtidos e, por último, os procedimentos formais e éticos que estão subjacentes a um estudo desta natureza.

1.1. TIPO DE ESTUDO

O propósito deste estudo é caracterizar a cultura de segurança existente nas unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do BO num hospital de oncologia da região centro do país. Para a sua concretização pretende-se realizar um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, assente em alguns pressupostos do estudo de caso.

A escolha de uma abordagem quantitativa prendeu-se com o facto de se considerar que esta metodologia é a mais pertinente face à questão de investigação, dado que visa avaliar um fenómeno pela medida de variáveis, pela análise de dados numéricos e inferências a partir de amostras de uma população (Sousa & Baptista, 2014).

Não seguindo nenhuma raiz disciplinar ou metodológica em particular, o presente estudo, pode classificar-se como descritivo (Polit & Beck, 2019). Pretende descrever rigorosa e claramente um dado objeto de estudo na sua estrutura e funcionamento (Sousa & Baptista, 2014).

Num estudo correlacional, a finalidade é explorar relações entre as variáveis e descrever as mesmas, permitindo determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado. Correlação é, nada mais, que uma relação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra (Polit & Beck, 2019).

Aproxima-se, de um estudo de caso, pois investiga apenas uma única entidade, tentando entender questões importantes para as circunstâncias da mesma, neste caso, a perceção da segurança do doente em procedimentos anestésicos numa determinada instituição de saúde. Não se pode, no entanto, considerar um estudo de caso, pois este tem premissas que não caracterizam este estudo, entre elas: "...o foco dos estudos de caso...é entender por que um indivíduo pensa, comporta-se ou desenvolve-se de uma maneira particular e não saber o que o seu estado ou ações são" (Polit & Beck, 2019, p.188).

Neste estudo de investigação, auscultaram-se todos os profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional nas unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório, de um hospital de oncologia de Portugal podendo, tal como referido anteriormente, aproximar-se de um estudo de caso.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OBJETIVOS E HIPÓTESES

As questões de investigação e os objetivos especificam os aspetos a estudar e definem o porquê da investigação. Por outro lado, permitem o acesso gradual e progressivo aos resultados finais (Sousa & Baptista, 2014).

Este estudo pretende responder à seguinte questão de investigação: "Como é que os profissionais de saúde percecionam a cultura de segurança do doente nas unidades em que são realizados procedimentos anestésicos fora do bloco operatório?".

Na tentativa de dar resposta à questão de investigação acima referida, formulou-se como objetivo principal:

- Caracterizar a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais das unidades nas unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório num hospital de oncologia.

Considerando o objetivo principal definido, consideraram-se como objetivos secundários:

- Identificar os pontos fortes da cultura de segurança do doente nas unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório;
- Identificar as oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente nas unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório.

Desta forma, também foram formuladas como hipóteses em análise:

Hipótese 1: A perceção da cultura de segurança do doente varia consoante os grupos profissionais.

Hipótese 2: Há relação entre a perceção da cultura de segurança do doente e os anos de profissão dos profissionais de saúde.

Hipótese 3: Há relação entre a perceção da cultura de segurança do doente e o número de anos no serviço dos profissionais de saúde.

Hipótese 4: Existe diferença entre a perceção da cultura de segurança do doente e as horas de trabalho semanal dos profissionais de saúde.

1.3. CONTEXTO, POPULAÇÃO E AMOSTRA

A seleção dos participantes de um estudo, é uma etapa de extrema importância na investigação, visto serem estes que dão a informação que sustenta a investigação.

A seleção da amostra em estudo foi realizada através da abordagem não probabilística, escolhidos os participantes de forma intencional, de forma a responderem aos objetivos do estudo, e por critérios de inclusão previamente estabelecidos.

O estudo foi realizado num hospital de oncologia português, em unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO: Braquiterapia; Gastreenterologia, Ginecologia e Pneumologia.

Nestas unidades que funcionam essencialmente de segunda a sexta feira, das 8h às 16h, realizam-se intervenções invasivas que justificam, de acordo com a evolução da medicina, o apoio da Anestesiologia. Tal como no IPOLFG, E.P.E. (2017) destaca-se a sedação para procedimentos endoscópicos, como colonoscopias, dilatações esofágicas e broncoscopias flexíveis, entre outros e anestesia geral para procedimentos como braquiterapia ou ecografia endobrônquica. De forma a permitir a anestesia fora do BO em segurança, todas estas unidades garantem as condições mínimas preconizadas por

Jayaraman et al. (2010): equipamento adequado, como ventilador, fonte de oxigénio, sistema de aspiração; equipamento de monitorização; medicação; profissionais dedicados, sendo que os médicos anestesiológicos atuam nos diferentes contextos. Os doentes podem ser admitidos no dia da intervenção vindos do exterior ou de outras unidades de internamento da Instituição e terem alta hospitalar nesse mesmo dia ou ficar internados. A maioria destas unidades asseguram o recobro dos doentes; quando não é possível, este é realizado em algum serviço de internamento da Instituição.

A população foi constituída por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos não-anestesiológicos e médicos anestesiológicos) que trabalhavam nas unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO acima mencionadas.

Como critérios de inclusão foram definidos: trabalhar nessa unidade há pelo menos 3 meses e consentir participar no estudo de forma informada, livre e esclarecida.

Foram identificados 56 profissionais que cumpriam estes critérios e todos aceitaram participar na investigação, pelo que coincide a população com a amostra do estudo.

1.4. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS

Nos estudos descritivos, para a recolha de dados pode recorrer-se a entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, observações, questionários e, por vezes, escalas.

O instrumento de colheita de dados (Apêndice IV) a utilizar neste estudo será constituído por duas partes: a primeira parte é constituída por um questionário para caracterização de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e a segunda é composta pelo Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente - versão portuguesa (Eiras, 2011).

O questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. O questionário é um dos métodos mais utilizados pelos investigadores, tendo como objetivo recolher informação sobre acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos ou opiniões. É importante considerar o que se quer e como se vai avaliar, devendo haver rigor na escolha do tipo de questionário a aplicar de forma a aumentar a credibilidade do mesmo (Sousa & Baptista, 2014).

O questionário selecionado - Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente - versão portuguesa, foi desenvolvido a partir do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC). Este questionário foi concebido em 2004 pela *Agency for*

Healthcare Research and Quality (AHRQ) com o propósito de avaliar a cultura de segurança do doente em meio hospitalar na perspectiva dos profissionais.

O questionário foi submetido a um rigoroso processo de construção e validação, sendo um instrumento fiável e uma mais-valia na identificação de constrangimentos e questões que direcionem na melhoria contínua da segurança dos doentes (Sorra & Nieva, 2004).

Foi validado para a população portuguesa em 2009 pela Professora Doutora Margarida Eiras (Eiras, 2011), tendo sido posteriormente adotado pela Direção-Geral da Saúde, razões que contribuíram para a sua escolha. Além de que está traduzido em pelo menos 40 línguas e está a ser utilizado em cerca de 93 países (DGS, 2020).

Uma das medidas para avaliação da consistência interna de um instrumento de colheita de dados é o cálculo do alfa de Cronbach, que permite testar a fiabilidade do mesmo (Polit & Beck, 2019). Este pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior será a consistência interna. Sorra e Nieva, citados por Eiras (2011) defendem como aceitáveis valores de alfa de Cronbach iguais ou superiores a 0,60, sendo que esta autora, no seu estudo, obteve um valor de 0,908. Por este motivo, pode-se afirmar que este questionário avalia aquilo que se propõe medir – percepção da cultura de segurança.

O questionário é composto por 42 itens, agrupados em 12 dimensões, e inclui ainda duas variáveis de resultados acerca da cultura de segurança do doente (acerca da percepção dos profissionais sobre o nível de segurança do doente na instituição e do número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses do seu exercício profissional). Estas dimensões estão relacionadas com os domínios da segurança ao nível do doente, das unidades e do hospital.

As dimensões estudadas ao nível do hospital são as seguintes:

- Apoio à segurança do doente pela gestão (questões F1, F8 e F9): a gestão do hospital oferece um ambiente no local do trabalho que promove a segurança do doente e mostrando que esta é uma prioridade;
- Trabalhos entre unidades (questões F2, F4, F6 e F10): todas as unidades do hospital se coordenam entre si, trabalhando para um objetivo comum;
- Transições (questões F3, F5, F7 e F11): a informação respeitante aos cuidados prestados é transmitida aquando a mudança de turno e quando o doente muda de serviço/unidade.

Quanto às dimensões relacionadas com os domínios de segurança ao nível da unidade, explanadas por Eiras (2011) temos:

- Trabalho em equipa (questões A1, A3, A4, A11): os profissionais apoiam-se mutuamente, tratam-se com respeito e trabalham em conjunto como uma equipa;
- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente (questões B1, B2, B3 e B4): supervisores/gestores tomam em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do doente, gratificam-nos pelas iniciativas relacionadas com a segurança do doente e não ignoram os problemas relacionados com a segurança do doente;
- Aprendizagem organizacional (questões A6, A9, A13) – melhoria contínua: cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas e esta são avaliadas;
- Comunicação e feedback acerca do erro (questões C1, C3 e C5): profissionais são informados relativamente aos erros ocorridos na instituição, das mudanças implementadas e estas são discutidas de forma a prevenir o erro;
- Abertura na comunicação (questões C2, C4 e C6): profissionais conversam abertamente sobre o que pode afetar negativamente a segurança do doente, questionando os que têm mais autoridade;
- Dotações de profissionais (questões A2, A5, A7 e A14): existem profissionais suficientes para assegurar o trabalho com qualidade;

Resposta ao erro não punitiva (A8, A12 e A16): os profissionais percebem que os erros que cometem e os que são notificados não são usados contra eles, nem guardados nos seus processos pessoais.

Relativamente às variáveis de resultados da cultura de segurança do doente, temos ainda as dimensões:

- Perceções gerais sobre a segurança do doente (questões A10, A15, A17 e A18): procedimentos e sistemas capazes de prevenir os erros e consequentemente existem menos problemas relacionados com a segurança do doente;
- Frequência da notificação (questões D1, D2 e D3): todos os erros são notificados, desde os identificados aos potenciais, os que possam ou não causar dano ao doente.

Do questionário consta também uma questão (G) respeitante ao número de notificações apresentadas nos últimos 12 meses do exercício profissional e outra (E) referente à avaliação geral da segurança do doente.

Para facilitar a análise dos dados realizou-se a inversão das questões formuladas negativamente, tal como sugerem Sorra e Nieva (2004). Os itens invertidos são: A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9 e F11.

De modo a facilitar a análise dos dados obtidos, os cinco níveis de resposta foram agrupados em três categorias: negativa (respostas: “discordo fortemente” e “discordo” ou “nunca” e “raramente”); neutra (respostas: “não concordo nem discordo” ou “por vezes”) e positiva (respostas: “concordo” e “concordo fortemente” ou “a maioria das vezes” e “sempre”) (Sorra & Nieva, 2004).

Segundo as mesmas autoras, o percentual das questões positivas (que englobam as respostas “concordo e concordo fortemente”) são considerados os pontos fortes da cultura de segurança, quando possuem uma percentagem superior ou igual a 75%. Quando as dimensões/itens apresentam percentagem igual ou inferior a 50%, são consideradas áreas críticas, que carecem de intervenção prioritária. Para percentagens entre 50% e 75%, não havendo orientações por parte da AHRQ (Sorra & Nieva, 2004), seguimos as indicações de Fernandes e Queirós (2011), que consideram estas áreas com uma cultura de segurança aceitável, mas passíveis de melhorias.

1.5. TRATAMENTO DE DADOS

Os dados colhidos através dos questionários foram transpostos para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27, realizando-se depois a sua análise recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva, com o intuito de sintetizar e descrever os dados (Polit & Beck, 2019), calcularam-se as frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (mínimo, máximo, amplitude, variância, desvio padrão).

Relativamente à estatística inferencial, esta permite ir além da análise descritiva, permitindo generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos ao conjunto da população (Polit & Beck, 2019). Foram efetuados testes de normalidade (*Shapiro-Wilk* e *Kolmogorov-Smirnov*) e de acordo com esse resultado optou-se pela aplicação de testes paramétricos (Hipótese 1) – Teste *One-Way Anova* ou não paramétricos (Hipóteses 2, 3, e 4) – Teste de *Kruskal-Wallis*. Para estudar as possíveis correlações existentes entre variáveis, utilizou-se o Teste de correlação de *Spearman*.

1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação que envolve pesquisa com pessoas ou animais, levanta sempre questões éticas que não podem ser descuradas (Polit & Beck, 2019).

O *Código de Nuremberga* e posteriormente a *Declaração de Helsínquia*, espelham a preocupação da proteção adequada dos seres humanos, do direito dos seres humanos a desistir de uma investigação e desta ser conduzida somente por indivíduos qualificados. Os investigadores, quando conduzem uma investigação com seres humanos, têm que defender o princípio da beneficência – os participantes não podem ser lesados, da autonomia – a participação tem que ser voluntária, e da justiça – a confidencialidade, o anonimato, a dignidade e o respeito devem ser preservados (Streubert & Carpenter, 2013).

No sentido do respeito pelo princípio da beneficência foi explicado a todos os participantes que embora a investigação não trouxesse benefícios diretos, ela ao fornecer um conhecimento sobre o contexto, poderia contribuir para a possibilidade de otimizar a prestação de cuidados de enfermagem, tornando-os mais seguros, eficazes e eficientes.

Considerando os documentos supramencionados, todas as etapas do processo de investigação, desde a escolha do tema à divulgação dos resultados, estão salvaguardadas todas as questões éticas.

Foi efetuado o pedido de autorização à autora da tradução e validação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para a população portuguesa, de forma a ser possível utilizar a versão adaptada ao nosso país do questionário nesta investigação, tendo-se obtido resposta positiva (Apêndice I).

Foi solicitado um pedido de autorização formal de recolha de informação, ao conselho de administração do hospital onde foi desenvolvido o estudo (Apêndice II), cuja apreciação engloba parecer da Comissão de Ética da referida instituição.

A colheita de dados iniciou-se em março de 2022 e terminou em maio de 2022. Foi pedida colaboração aos diretores de serviço e aos enfermeiros gestores das unidades onde se colheram os dados, de forma a garantir o seu envolvimento, divulgação do estudo e estímulo à participação dos profissionais de saúde das suas equipas.

Relativamente ao cumprimento do princípio da autonomia, aos participantes foi-lhes entregue o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice III), previamente à realização do questionário, de forma a permitir que a decisão de participação no estudo fosse tomada sem qualquer tipo de influência e que conhecessem os objetivos do

estudo antecipadamente podendo autodeterminar o abandono à investigação sem dano ou prejuízo para os participantes.

Dando cumprimento ao princípio da justiça, o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos foram garantidos, uma vez que se procedeu à supressão dos nomes dos participantes tendo sido substituídos por códigos alfanuméricos presentes quer no consentimento para a participação no estudo quer do questionário preenchido.

Depois da conclusão do estudo serão destruídos os consentimentos informados que os participantes assinaram bem como o questionário de colheita de dados preenchidos.

Foi ainda solicitada autorização para a divulgação dos resultados sendo estes apresentados de forma a que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido (Nunes, 2013).

PARTE III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação de resultados encontra-se dividida em três partes, por forma a dar resposta à questão de investigação e objetivos delineados.

Na primeira parte, apresenta-se a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; na segunda parte, expõem-se os dados obtidos relativos à cultura de segurança do doente, nas diferentes dimensões; na terceira parte, apresenta-se o estudo de relação entre algumas variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e os achados obtidos pela aplicação do instrumento.

1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

O estudo foi realizado num hospital de oncologia português. Atendendo ao objetivo desta investigação, foram identificadas quatro unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do BO. Nestes serviços foram identificados 56 colaboradores que exerciam a sua prática profissional nestes contextos e que possuíam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, tendo-se obtido uma taxa de participação no estudo de 100%.

Na Tabela 3, é apresentada a caracterização sociodemográfica e académica da amostra.

A amostra foi constituída por 56 profissionais de saúde. A maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino, 67,9% e casados, 62,5% sendo que 12,5% são solteiros.

Quanto à idade, verificou-se uma média etária de 46,25 anos (DP = 9,845 anos; mín.: 25 anos; máx.: 65 anos), sendo que as faixas etárias mais prevalentes são as que se situam entre os [35-44] anos e [45-54] anos, cada uma com 32,1%.

Os participantes são sobretudo médicos não-anestesiologistas (41,1%) e enfermeiros (39,3%), existindo 19,6% de médicos anestesiologistas.

Relativamente ao grau académico mais elevado, 75% dos participantes são licenciados, 23,2% detêm o título de mestre na sua área de atuação e existe um inquirido com o grau de doutor (1,8%).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica e académica da amostra (n=56)

	Variável	N	%
Sexo			
	Masculino	18	32,1
	Feminino	38	67,9
Total		56	100
Idade (anos)			
	[25-34]	7	12,5
	[35-44]	18	32,1
	[45-54]	18	32,1
	[55-66]	13	23,2
Total		56	100
Estado Civil			
	Solteiro	7	12,5
	Casado	35	62,5
	União de facto	6	10,7
	Divorciado	5	8,9
	Viúvo	3	5,4
Total		56	100
Grupo Profissional			
	Enfermeiro	22	39,3
	Médico não-anestesiologista	23	41,1
	Médico Anestesiologista	11	19,6
Total		56	100
Habilitações Académicas			
	Licenciatura	42	75
	Mestrado	13	23,2
	Doutoramento	1	1,8
Total		56	100

Dando continuidade à caracterização dos participantes que constituíram a amostra estudada, a Tabela 4 sumaria as características profissionais dos participantes.

No que respeita aos anos de profissão dos inquiridos, a análise indica uma média de 21,52 anos de exercício profissional (DP = 9,21 anos; mín.: 4 anos; máx.: 40 anos), sendo que a média de anos no serviço no qual exercem funções presentemente é de 11,69 anos (DP = 8,85 anos; mín.: 0,25 anos; máx.: 30 anos), a faixa entre [0-6] anos no serviço é a que tem maior número de inquiridos (37,5%) seguida da faixa [13-18] anos (26,8%) e da faixa [7-12] anos (16,1%).

Metade dos trabalhadores apresentam como vínculo profissional o Contrato Individual de Trabalho e 46,8% trabalham com Contrato de Trabalho de Funções Públicas (tempo indeterminado). Dos participantes auscultados, apenas dois apresentam contrato de trabalho funções públicas a termo (3,6%).

A maioria da amostra refere trabalhar entre [31-45] horas semanais (87,5%), observando-se percentagens de 5,4% nas faixas das [15-30] e de [61-66] horas semanais.

Tabela 4 – Caracterização profissional da amostra (n=56)

Variável	n	%
Anos de Profissão (anos)		
[4-13]	15	26,8
[14-23]	15	26,8
[24-33]	19	33,9
[34-40]	7	12,5
Total	56	100
Anos neste Serviço (anos)		
[0-6]	21	37,5
[7-12]	9	16,1
[13-18]	15	26,8
[19-24]	5	8,9
[25-30]	6	10,7
Total	56	100
Vínculo Profissional		
Contrato de trabalho de funções públicas (indeterminado)	26	46,4
Contrato de trabalho funções públicas a termo	2	3,6
Contrato individual de trabalho	28	50
Total	56	100
Horas de trabalho semanal (horas)		
[15-30]	3	5,4
[31-45]	49	87,5
[46-60]	1	1,8
[61-66]	3	5,4
Total	56	100

1.2. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: ANÁLISE DESCRITIVA

O questionário HSPSC permite a avaliação global da cultura de segurança do doente podendo essa análise ser subdividida em três domínios: do hospital, da unidade e do doente.

Considerando a escala na sua globalidade, e conforme consta da Tabela 5, a percepção da cultura de segurança do doente, para 47 dos profissionais participantes, apresentou uma média de 3,37 (DP = 0,47; mín.: 2,38; máx.: 4,56), traduzindo-se num percentual de 67,4% de respostas positivas.

Tabela 5 – Taxa global da cultura de segurança do doente (n=47)

N	Válido	47
	Omisso	9
Média		3,37
Mediana		3,35
Desvio Padrão		,473
Mínimo		2,38
Máximo		4,56

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível do hospital

Relativamente à percepção da cultura de segurança do doente no domínio “Hospital”, a média definida pelos participantes foi de 3,35 (DP = 0,5; mín.: 2,11; máx.:4,78), conforme se apresenta na Tabela 6.

Tabela 6 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Hospital (n=55)

N	Válido	55
	Omisso	1
Média		3,35
Mediana		3,39
Desvio Padrão		,51
Mínimo		2,11
Máximo		4,78

O domínio da Cultura de Segurança ao nível do hospital (Tabela 7) é composto por três dimensões: “Apoio à segurança do doente pela gestão” (Tabela 8), “Trabalho entre unidades” (Tabela 9) e “Transições” (Tabela 10).

Analisando cada uma das dimensões que pertencem a este domínio verificou-se que apresentaram valores entre 1,33 (valor mínimo obtido na dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”) e 5 (valor máximo obtido nas dimensões “Trabalho entre unidades” e “Transições”), tal como é apresentado na Tabela 7.

Neste domínio, a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”, apresentou uma taxa de respostas negativas de 23,3% e positivas de 31,7%, ambas inferiores às respostas neutras (41,9%), com média de 3,07 (DP = 0,74; mín.: 1,33; máx.: 4,67).

Na dimensão “Trabalho entre unidades”, verificou-se uma média de respostas de 3,48 (DP = 0,57; mín.: 2,25; máx.: 5), tendo-se traduzido numa taxa de respostas positivas de 50,9%, neutras de 37,5% e negativas de 11,6%, respetivamente.

A última dimensão que compõe este domínio refere-se às “Transições”. A este nível, a taxa de respostas positivas (49,5%) sobrepôs-se às respostas neutras (40,2%) e negativas (10,3%). Nesta dimensão, obteve-se uma média de respostas de 3,49 (DP = 0,62; mín.: 1,75; máx.: 5).

Tabela 7 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Hospital (Dimensões)

Apoio à segurança do doente pela gestão	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	55	1,33	4,67	3,07	,74
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	44(23,3%)	70(41,9%)	53(31,7%)	1	100%
Trabalho entre unidades	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	2,25	5,00	3,48	,57
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	26 (11,6%)	84(37,5%)	114(50,9%)	0	100%
Transições	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	1,75	5,00	3,49	,62
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	23 (10,3%)	90(40,2%)	111(49,5%)	0	100%

Após uma análise sumária das dimensões que compõem o domínio da Cultura de Segurança ao nível do hospital, é importante dissecar os resultados obtidos nas três dimensões que o compõem.

Assim sendo, a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão”, reporta-se à capacidade que o hospital tem em oferecer um ambiente, no local de trabalho, promotor da segurança do doente, mostrando que esta é uma prioridade.

Esta dimensão é composta pelos itens: “A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” (F1); “As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades” (F8) e “A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” (F9). Todos os itens apresentam valores entre 1 e 5, com destaque para o último – F9, com média mais baixa de respostas.

Para os participantes, o item “A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” (F9), obteve uma média de respostas de 2,82 (DP: 0,88), com uma taxa de respostas negativas de 39,3% superior às respostas neutras (37,5%) e positivas (23,2%).

Os itens “A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” (F1) (média: 3,18; DP: 0,84) e “As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades” (F8) (média: 3,20; DP: 0,92) apresentaram predominantemente um maior número de respostas neutras (43,6% e 44,6% respetivamente).

Tabela 8 – Dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” (n=55)

(F1) “A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	3,18	,84
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	10 (18,1%)	24 (43,6%)	21 (38,2%)	1	100%
(F8) “As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,20	,92
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	12 (21,4%)	25 (44,6%)	19 (33,9%)	0	100%
(F9) “A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	2,82	,88
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	22 (39,3%)	21 (37,5%)	13 (23,2%)	0	100%

A dimensão “Trabalho entre unidades”, traduz a coordenação entre todas as unidades do hospital, trabalhando para um objetivo comum.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” (F2), “Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” (F4), “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital” (F6) e “Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente” (F10).

Nesta dimensão, o item “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital” (F6), obteve uma média de respostas de 3,93 (DP: 0,81; mín.: 2; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 71,4%.

Os itens “Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” (F4) (média: 3,54; DP: 0,71) e “Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente” (F10) (média: 3,50; DP: 0,74) apresentaram comportamentos idênticos, com taxas de respostas positivas superior às restantes tipologias (55,4% e 50%, respetivamente).

O item “Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” (F2) foi aquele que apresentou um *score* mais baixo desta dimensão, com uma média de respostas de 2,96 (DP: 0,91; mín.: 1; máx.: 5) tendo reunido uma taxa de 26,8% de respostas positivas.

Tabela 9 – Dimensão “Trabalho entre unidades” (n=56)

(F2) “Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	2,96	,91
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	16 (28,5%)	25 (44,6%)	15 (26,8%)	0	100%
(F4) “Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,54	,71
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	4 (7,1%)	21 (37,5%)	31 (55,4%)	0	100%
(F6) “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,93	,81
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	2 (3,6%)	14 (25%)	40 (71,4%)	0	100%
(F10) “Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,50	,74
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	4 (7,1%)	24 (42,9%)	28 (50%)	0	100%

A terceira dimensão deste domínio respeita às “Transições”, reporta-se à informação respeitante aos cuidados prestados transmitida aquando da mudança de turno e quando o doente muda de unidade.

Esta dimensão é composta pelos itens: “A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro” (F3), “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” (F5), “Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital” (F7) e “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” (F11).

Os itens “A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro” (F3) (média: 3,55; DP: 0,78) e “Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital” (F7) (média: 3,52; DP: 0,89) apresentaram comportamentos idênticos, com taxa de resposta positivas superior às restantes tipologias (58,9% e 53,6%, respetivamente).

O item “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno” (F5) apresentou uma média de respostas positivas de 48,3% e neutras de 44,6%, com uma média de 3,46 (DP: 0,71).

Por fim, o item “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente” (F11) apresentou uma média de respostas de 3,41 (DP: 0,89; mín.: 1; máx.: 5), tendo um predomínio de respostas neutras (53,6%) face às respostas positivas (37,5%) ou negativas (8,9%).

Tabela 10 – Dimensão “Transições” (n=56)

(F3) “A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,55	,78
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	6 (10,7%)	17 (30,4%)	33 (58,9%)	0	100%
(F5) “É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,46	,71
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	4 (7,1%)	25 (44,6%)	27 (48,3%)	0	100%
(F7) “Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,52	,89
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	18 (32,1%)	30 (53,6%)	0	100%
(F11) “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,41	,89
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	5 (8,9%)	30 (53,6%)	21 (37,5%)	0	100%

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível da Unidade

Relativamente à perceção da Cultura de segurança do doente ao nível da Unidade, a taxa de respostas apresenta uma média de 3,49 (DP = 0,52; mín.: 2,24; máx.: 4,88), conforme se apresenta na Tabela 11.

Tabela 11 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do Unidade (n=49)

N	Válido	49
	Omisso	7
Média		3,48
Mediana		3,48
Desvio Padrão		,52
Mínimo		2,24
Máximo		4,88

Este domínio, comparativamente com os outros dois, é o que engloba um maior número de dimensões, aglomeradas na Tabela 12, sendo elas: “Trabalho em equipa” (Tabela 13), “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente” (Tabela 14), “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” (Tabela 15), “Comunicação e *feedback* acerca do erro” (Tabela 16), “Abertura na comunicação” (Tabela 17), “Dotações de profissionais” (Tabela 18) e “Resposta ao erro não punitiva” (Tabela 19).

Analisando cada uma das dimensões que pertencem a este domínio verifica-se que apresentam valores entre 1 (valor mínimo obtido na dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro”) e 5 (valor máximo obtido em todas as dimensões exceto na “Dotações de profissionais”), tal como é apresentado na Tabela 12.

Neste domínio, a dimensão “Trabalho em equipa”, apresentou uma taxa de respostas positivas de 80,9%, com média de 3,99 (DP = 0,46; mín.: 3; máx.: 5).

Na dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente”, verificou-se uma média de respostas de 3,55 (DP = 0,82; mín.: 1,5; máx.: 5), tendo-se traduzido numa taxa de respostas positivas de 55,8%, neutras de 24,1% e negativas de 20,1%, respetivamente.

“Aprendizagem organizacional – melhoria continua”, é outra das dimensões que compõem este domínio onde se constatou uma taxa de respostas positivas de 68,7% (média: 3,69, DP: 0,78; mín.: 1,33; máx.: 5).

A dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro” obteve uma média de 3,34 (DP: 0,89; mín.: 1; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 52,4%, superior às respostas neutras ou negativas (25% e 22,6%, respetivamente).

No que diz respeito à dimensão “Abertura na comunicação”, a análise dos dados permitiu obter uma taxa de respostas positivas de 57,1% face às respostas neutras (26,8%) ou negativas (16,1%). Obteve-se uma média de respostas de 3,54 (DP: 0,83; mín.: 1,67; máx.: 5).

A dimensão “Dotações de profissionais” obteve uma média de respostas de 3,01 (DP: 0,73; mín.: 1,25; máx.: 4,75) com uma média de respostas equilibrada nas suas tipologias (positiva: 35%; neutra: 30,5%; negativa: 34,5%).

A última dimensão que compõe este domínio refere-se à “Resposta ao erro não punitiva”. A este nível, a taxa de respostas positivas (33,5%) é inferior às respostas negativas (35,9%). Nesta dimensão, obteve-se uma média de respostas de 3,02 (DP = 0,78; mín.: 1,67; máx.: 5).

Tabela 12 – Domínio da Segurança ao nível a Unidade (Dimensões)

Trabalho em equipa	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	52	3,00	5,00	3,99	,46
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	9(4,1%)	33(15%)	178(80,9%)	4	100%
Expectativas do supervisor /gestor e ações que promovam a Segurança do Doente	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	1,50	5,00	3,55	,82
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	45(20,1%)	54(24,1%)	125(55,8%)	0	100%
Aprendizagem organizacional - melhoria continua	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	54	1,33	5,00	3,69	,78
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	20(12%)	32(9,3%)	114(68,7%)	2	100%
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	1,00	5,00	3,34	,89
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	38(22,6%)	42(25%)	88(52,4%)	0	100%
Abertura na comunicação	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	1,67	5,00	3,54	,83
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	27(16,1%)	45(26,8%)	96(57,1%)	0	100%
Dotações de profissionais	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	55	1,25	4,75	3,01	,73
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	77(34,5%)	68(30,5%)	78(35%)	1	100%
Resposta ao erro não punitiva	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	55	1,67	5,00	3,02	,78
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	60(35,9%)	51(30,5%)	56(33,5%)	1	100%

Após uma análise sumária das dimensões que compõem o domínio da Cultura de Segurança ao nível da Unidade, é importante dissecar os resultados obtidos nas sete dimensões que o compõem.

Assim sendo, a dimensão “Trabalho em equipa”, que avalia se os profissionais se apoiam mutuamente, se tratam com respeito e trabalham em conjunto como uma equipa, apresenta-se como um ponto forte na Segurança do Doente.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se” (A1), “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” (A3), “Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito” (A4) e “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” (A11).

Para os participantes, o item “Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se” (A1), obteve uma média de respostas de 4,32 (DP: 0,76; mín.: 3; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 94,6% e ausência de respostas negativas.

Os itens “Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito” (A4) (média: 4,15; DP: 0,64) e “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” (A3), (média: 4,12; DP: 0,66) apresentaram comportamento semelhante predominantemente com maior número de respostas positivas (86,5% e 87,5% respetivamente) face às restantes tipologias.

O outro item que compõe esta dimensão é “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” (A11) e apresentou uma média de respostas de 3,43 (DP: 0,95; mín.: 1; máx.: 5) com taxa de respostas positivas de 55,3%.

Tabela 13 – Dimensão “Trabalho em equipa” (n=52)

(A1) “Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	3	5	4,32	,58
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	0	3 (5,4%)	53 (94,6%)	0	100%
(A3) “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	4,12	,66
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	1 (1,8%)	6 (10,7%)	49 (87,5%)	0	100%
(A4) “Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	52	3	5	4,15	,64
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	0	7 (13,5%)	45 (86,5%)	4	100%
(A11) “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,43	,95
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	17 (30,4%)	31 (55,3%)	0	100%

A dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente”, traduz a abertura dos supervisores/gestores às sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do doente, se os premeiam pelas iniciativas relacionadas com a temática da segurança do doente e não ignoram os problemas relacionados com esta temática.

Esta dimensão é composta pelos itens: “O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos” (B1), “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” (B2), “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos” (B3) e “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorre repetidamente” (B4).

Nesta dimensão, o item “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorre repetidamente” (B4), obteve uma média de respostas de 3,96 (DP: 1,08; mín.: 2; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 69,7%.

O item “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” (B2), (média: 3,66; DP: 1,05) apresentou uma taxa de respostas positiva de 62,5%.

“O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos” (B1), obteve uma taxa de respostas positivas de 51,8% superior às restantes tipologias (26,8% de respostas neutras e 21,4% de respostas negativas). Assim, obteve uma média de respostas de 3,36 (DP: 1,01; mín.: 1; máx.: 5).

O item “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos” (B3) foi aquele que apresentou *score* mais baixo desta dimensão, com uma média de respostas de 3,21 (DP: 1,08; mín.: 1; máx.: 5) tendo reunido uma taxa de 30,9% de respostas positivas e 30,4% de respostas neutras e negativas.

Tabela 14 – Dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente” (n=56)

(B1) “O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,36	1,10
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	12 (21,4%)	15 (26,8%)	29 (51,8%)	0	100%
(B2) “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,66	1,05
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	13 (23,2%)	35 (62,5%)	0	100%
(B3) “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,21	1,07
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	17 (30,4%)	17 (30,4%)	22 (30,9%)	0	100%
(B4) “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorre repetidamente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,96	1,08
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	9 (16,1%)	39 (69,7%)	0	100%

Outra das dimensões que compõe o domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível da Unidade é “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” que procura avaliar a existência de uma cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas e estas mudanças são avaliadas com o objetivo de ganhos efetivos.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” (A6), “Aqui os erros conduzem a mudanças positivas” (A9) e “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” (A13).

O item “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” (A6), apresentou uma média de respostas positivas de 76,4%, com uma média de 3,98 (DP: 0,86; mín.: 2; máx.: 5).

“Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” (A13) obteve uma média de respostas de 3,64 (DP: 0,96; mín.: 1; máx.: 5) tendo obtido 69,6% de respostas positivas e equilíbrio de respostas neutras (16,1%) e negativas (14,3%).

Por fim, o item “Aqui os erros conduzem a mudanças positivas” (A9) apresentou uma média de respostas de 3,49 (DP: 0,98; mín.: 1; máx.: 5), tendo um predomínio de respostas neutras (44,6%) face às respostas positivas (33,9%) ou negativas (21,4%).

Tabela 15 – Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” (n=54)

(A6) “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	2	5	3,98	,86
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	4 (7,3%)	9 (16,4%)	42 (76,4%)	1	100%
(A9) “Aqui os erros conduzem a mudanças positivas.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	3,49	,98
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	12 (21,4%)	25 (44,6%)	19 (33,9%)	1	100%
(A13) “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,64	,96
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	9 (16,1%)	39(69,6 %)	0	100%

A dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro” avalia se os profissionais são informados acerca dos erros que acontecem na instituição, acerca das mudanças implementadas e se são discutidas abertamente formas de prevenir o erro.

Esta dimensão é composta pelos itens: “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” (C1), “Somos informados acerca dos erros que ocorrem no Serviço/unidade” (C3) e “Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” (C5).

Para os participantes, o item ““Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” (C5), obteve uma média de respostas de 3,66 (DP: 0,92; mín.: 3; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 62,5% e neutras de 26,8%.

O item “Somos informados acerca dos erros que ocorrem no Serviço/unidade” (C3) (média: 3,27; DP: 1,10) apresentou um maior número de respostas positivas (51,8%) face ao equilíbrio das restantes tipologias (26,8% de respostas negativas e 21,4% de respostas neutras).

O outro item que compõe esta dimensão é “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” (C1), e

apresentou uma média de respostas de 3,09 (DP: 1,13; mín.: 1; máx.: 5) com taxa de respostas positivas de 42,8%.

Tabela 16 – Dimensão “Comunicação e feedback face ao erro” (n=56)

(C1) “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,09	1,13
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	17 (30,4%)	15 (26,8%)	24 (42,8%)	0	100%
(C3) “Somos informados acerca dos erros que ocorrem no Serviço/unidade.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,27	1,10
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	15 (26,8)	12 (21,4%)	29 (51,8%)	0	100%
(C5) “Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,66	,92
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	6 (10,7%)	15 (26,8%)	35 (62,5%)	0	100%

A dimensão “Abertura na Comunicação”, permite avaliar a prática dos profissionais acerca da partilha e conversa sobre aspetos que podem influenciar negativamente a Segurança do Doente e se sentem à-vontade de questionar os que têm mais autoridade.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” (C2), “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” (C4) e “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo não parece estar certo” (C6).

Para os participantes, o item “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” (C2), obteve uma média de respostas de 3,82 (DP: 0,88; mín.: 2; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 69,6%.

O item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” (C4) (média: 3,14; DP: 1,07) apresentou um maior número de respostas positivas (44,7%) face às restantes tipologias (respostas neutras: 28,6%; respostas negativas: 26,8%).

Tabela 17 – Dimensão “Abertura na comunicação” (n=56)

(C2) “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,82	,87
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	5 (8,9%)	12 (21,4%)	39 (69,6%)	0	100%
(C4) “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,14	1,07
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	15 (26,8%)	16 (28,6%)	25 (44,7%)	0	100%
(C6) “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo não parece estar certo.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,66	1,07
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	7 (12,5%)	17 (30,4%)	32 (57,1%)	0	100%

A dimensão “Dotações de profissionais”, procura refletir a existência de profissionais suficientes para dar resposta ao trabalho com qualidade.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” (A2), “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” (A5), “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” (A7) e “Trabalhamos em modo crise, tentado fazer muito, demasiado depressa” (A14).

Nesta dimensão, o item “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” (A7), obteve uma média de respostas de 3,55 (DP: 1,03; mínimo: 3; máximo: 5), com uma taxa de respostas positivas de 49,1% (14,5% de respostas negativas).

O item “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” (A2), (média: 3; DP: 1,11) apresentou uma taxa de respostas equilibrada nas suas tipologias (negativas: 35,7% e neutras e positivas: 32,1%).

“Trabalhamos em modo crise, tentado fazer muito, demasiado depressa” (A14), obteve uma taxa de respostas negativas de 39,3% superior às restantes tipologias (35,7% de respostas positivas e 25% de respostas neutras). Assim, obteve uma média de respostas de 2,89 (DP: 1,04; mín.: 1; máx.: 5).

Por fim, o item “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” (A5) apresentou uma média de respostas de 2,66 (DP: 1,28; mín.: 1; máx.: 5) com predomínio de respostas negativas (48,2%) e equilíbrio das restantes tipologias (respostas neutras: 28,6%; respostas positivas: 23,2%).

Tabela 18 – Dimensão “Dotações de profissionais” (n=55)

(A2) “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,00	1,11
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	20 (35,7%)	18 (32,1%)	18 (32,1%)	0	100%
(A5) “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	2,66	1,28
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	27 (48,2%)	16 (28,6%)	13 (23,2%)	0	100%
(A7) “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	3	5	3,55	1,03
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,5%)	20 (36,4%)	27 (49,1%)	1	100%
(A14) “Trabalhamos em modo crise, tentado fazer muito, demasiado depressa.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	2,89	1,04
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	22 (39,3%)	14 (25%)	20 (35,7%)	0	100%

Outra das dimensões que compõe o domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível da Unidade é a “Resposta ao erro não punitiva” que procura perceber se os profissionais sentem que os erros que cometem e as notificações dos seus erros não são usados contra eles e não são guardados nos seus processos pessoais.

Esta dimensão é composta pelos itens: “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles” (A8), “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” (A12) e “Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal” (A16).

O item “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles” (A8), apresentou uma média de respostas positivas de 37,5% (igual à taxa de respostas neutras), com uma média de 3,18 (DP: 1,05; mín.: 1; máx.: 5).

“Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” (A12) obteve uma média de respostas de 3,02 (DP: 1,04; mín.: 1; máx.: 5) tendo obtido 39,3% de respostas negativas em equilíbrio com a taxa de respostas positivas (33,9%).

Por fim, o item “Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal” (A16) apresentou uma média de respostas de 2,89 (DP: 1,23;

mín.: 1; máx.: 5), tendo um predomínio de respostas negativas (43,6%) face às respostas positivas (29%) ou neutras (27,3%).

Tabela 19 – Dimensão “Resposta ao erro não punitiva” (n=55)

(A8) “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,18	1,05
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	14 (25%)	21 (37,5%)	21 (37,5%)	0	100%
(A12) “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,02	1,04
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	22 (39,3%)	15 (26,8%)	19 (33,9%)	0	100%
(A16) “Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	2,89	1,23
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	24 (43,6%)	15 (27,3%)	16 (29%)	1	100%

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível do doente

Relativamente à perceção da cultura de segurança do doente ao nível do doente, a média definida pelos participantes foi de 3,13 (DP = 0,71; mín.: 1,38; máx.:4,88), conforme apresentado na Tabela 20.

Tabela 20 – Domínio da Cultura de Segurança ao nível do doente (n=55)

N	Válido	55
	Omisso	1
Média		3,13
Mediana		3,13
Desvio Padrão		,71
Mínimo		1,38
Máximo		4,88

Este domínio, sumariado na tabela 21, engloba duas dimensões, sendo elas: “Perceções gerais sobre a Segurança do Doente” (Tabela 22)e “Frequência da notificação” (Tabela 23).

Analisando cada uma das dimensões que pertencem a este domínio verifica-se que apresentam valores entre 1 e 5 (valores mínimo e máximo obtidos na dimensão “Frequência da notificação”), tal como é apresentado na Tabela 21.

Neste domínio, a dimensão “Perceções gerais sobre a Segurança do Doente”, apresentou uma taxa de respostas positivas de 51,8%, com média de 3,39 (DP = 0,84; mín.: 1,75; máx.: 5).

Na dimensão “Frequência da notificação”, verificou-se uma média de respostas de 2,89 (DP = 0,95; mín.: 1; máx.: 5), tendo-se traduzido numa taxa de respostas negativas de 40%, neutras de 30,3% e positivas de 29,7%, respetivamente.

Tabela 21 – Domínio da Segurança ao nível do Doente (Dimensões)

Perceções gerais sobre a Segurança do Doente	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	56	1,75	5,00	3,39	,84
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	57 (25,4%)	51(22,8%)	116(51,8%)	0	100%
Frequência da notificação	N	Mínimo	Máximo	Média	D. padrão
	55	1,00	5,00	2,90	,95
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	66(40%)	50(30,3%)	49(29,7%)	3	100%

Após uma análise sumária das dimensões que compõem o domínio da Cultura de Segurança ao nível do doente, é importante dissecar os resultados obtidos nas duas dimensões que o compõem.

A dimensão relativa às “Perceções gerais sobre a Segurança do Doente” visa perceber se os procedimentos e os sistemas são capazes de prevenir os erros e por isso existem menos problemas relacionados com a segurança do doente.

Esta dimensão é composta pelos itens: “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” (A10), “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” (A15), “Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente” (A17) e “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” (A18).

Nesta dimensão, o item “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” (A18), obteve uma média de respostas de 3,48 (DP: 0,83; mín.: 2; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 55,3% (14,3% de respostas negativas).

O item “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” (A15) (média: 3,43; DP: 1,19) e “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” (A10) (média: 3,41; DP: 1,25) apresentaram predominantemente um maior número de respostas positivas (50% e 55,3% respectivamente).

“Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente” (A17), obteve uma taxa de respostas positivas de 46,5% superior às restantes tipologias (21,4% de respostas neutras e 32,1% de respostas negativas). Assim, obteve uma média de respostas de 3,25 (DP: 1,23; mín.: 1; máx.: 5).

Tabela 22 – Dimensão “Percepções gerais sobre a Segurança do Doente” (n=56)

(A10) “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,41	1,25
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	16 (28,5%)	9 (16,1%)	31 (55,3%)	0	100%
(A15) “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,43	1,19
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	15 (26,8%)	13 (23,2%)	28 (50%)	0	100%
(A17) “Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	1	5	3,25	1,23
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	18 (32,1%)	12 (21,4%)	26 (46,5%)	0	100%
(A18) “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	56	2	5	3,48	,83
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	8 (14,3%)	17 (30,4%)	31 (55,3%)	0	100%

A dimensão “Frequência da notificação” é referente a se todos os erros são notificados no que diz respeito a: 1) erros identificados e corrigidos antes de afetarem o doente, 2) erros sem potencial para causar dano, e 3) erros que podiam causar danos ao doente, mas não aconteceu. composta pelos itens: “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?” (D1), “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” (D2) e “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?” (D3).

Para os participantes, o item “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece, com que frequência é notificado?” (D3), obteve uma média de respostas de 3,16 (DP: 1,15; mín.: 1; máx.: 5), com uma taxa de respostas positivas de 40% (respostas negativas: 32,8% e respostas neutras: 27,3%).

O item “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” (D2) (média: 2,84; DP: 1,01) apresentou número de respostas negativas de 43,7% face às restantes tipologias (respostas neutras: 29,1%; respostas positivas: 27,3%).

O outro item que compõe esta dimensão é “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?” (D1), e apresentou uma média de respostas de 2,69 (DP: 1,03; mín.: 1; máx.: 5) com taxa de respostas negativas de 43,6%.

Tabela 23 – Dimensão “Frequência da notificação” (n=55)

(D1) “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	2,69	1,03
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	24 (43,6%)	19 (34,5%)	12 (21,8%)	1	100%
(D2) “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	2,84	1,01
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	24 (43,7%)	16 (29,1%)	15 (27,3%)	1	100%
(D3) “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?”	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	55	1	5	3,16	1,15
	Negativo	Neutro	Positivo	NR	Total
	18 (32,8%)	15 (27,3%)	22 (40%)	1	100%

1.3. VARIÁVEIS DE RESULTADO

Grau de segurança do doente

Os profissionais que colaboraram no estudo consideraram que o grau de segurança do doente na sua unidade se situa entre “Fracá” e “Muito Boa”, não havendo nenhum que considere “Muito Fraca” ou “Excelente”. A média do grau de segurança atribuído é de 3,57 (DP: 0,63), conforme dados apresentados na Tabela 24.

Dos 56 participantes, 64,3% consideram a segurança do doente “Muito Boa”, 28,6% “Aceitável” e 7,1% “Fracá”.

Tabela 24 – Grau de segurança do doente (n=56)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	2	4	7,1	7,1	7,1
	3	16	28,6	28,6	35,7
	4	36	64,3	64,3	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

Número de eventos/ocorrências notificadas

Quando questionados relativamente ao número de relatórios de eventos/ocorrências que os profissionais haviam preenchido e entregue nos últimos 12 meses, 69,6% dos inquiridos não participaram qualquer ocorrência; 26,8% participaram 1 a 2 eventos adversos e 1,8% haviam participado entre 3 a 5 eventos adversos e entre 6 a 10 relatórios de incidentes (Tabela 25).

Tabela 25 – Número de eventos/ ocorrências notificadas (n=56)

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Nenhum	39	69,6	69,6	69,6
1 a 2 relatórios eventos/ocorrências	15	26,8	26,8	96,4
3 a 5 relatórios eventos/ocorrências	1	1,8	1,8	98,2
6 a 10 relatórios eventos/ocorrências	1	1,8	1,8	100,0
Total	56	100,0	100,0	

1.4. PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: ANÁLISE INFERENCIAL

A análise inferencial dos dados, visou dar resposta a algumas das hipóteses delineadas previamente com o objetivo de verificar a existência de relações entre as variáveis em estudo.

Hipótese 1: A percepção da cultura de segurança varia consoante os grupos profissionais.

Neste ponto pretende-se compreender se existe diferença na percepção da cultura de segurança do doente pelos diferentes grupos profissionais. Foram consideradas as respostas de 21 enfermeiros, 18 médicos não-anestesiologistas e 8 médicos anestesiologistas.

Realizado o Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* concluiu-se que a amostra cumpre o pressuposto de distribuição normal para todos os grupos profissionais (sig. > 0,05), como é apresentado na Tabela 26.

Tabela 26 – Hipótese 1: Teste de normalidade (n=56)

GRUPO PROFISSIONAL		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Taxa_SD_global	Enfermeiro	,13	21	,20*	,95	21	,41
	médico não-anestesiologista	,17	18	,20*	,95	18	,42
	médico anestesiologista	,19	8	,20*	,91	8	,35

*, Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Realizou-se por isso o Teste paramétrico *One-Way ANOVA*, que permitiu concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção da segurança do doente e os grupos profissionais (sig. > 0,05) (Tabela 27).

Tabela 27 – Hipótese 1: Teste *One-way Anova* (n=56)

Taxa SD_global	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1,24	2	,62	3,03	,06
Nos grupos	9,03	44	,21		
Total	10,27	46			

Hipótese 2: Há relação entre a percepção da cultura de segurança do doente e os anos de profissão dos profissionais de saúde.

O Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* demonstrou que a amostra não cumpre o pressuposto de distribuição normal (sig. < 0,05) (Tabela 28), pelo que se optou pela realização do Teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos de profissão e a percepção da cultura de segurança (Tabela 29).

Tabela 28 – Hipótese 2: Teste de normalidade (n=56)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Anos de profissão (classes)	,21	56	,00	,87	56	,00

a. Correção de Significância de Lilliefors

Após a realização do teste não paramétrico supramencionado, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis (sig. < 0,05), assumindo-se que existem diferenças entre a percepção da cultura de segurança do doente e os anos de profissão.

Tabela 29 – Hipótese 2: Teste de *Kruskal-Wallis* (n=56)

	Taxa SD global
H de Kruskal-Wallis	10,90
Df	3
Significância Sig.	,01

Perante estes dados, tornou-se necessário estudar as correlações existentes entre as variáveis. Para tal, utilizou-se o Teste de *Kruskal-Wallis* para cada par de comparações e a Correção de *Bonferroni* para identificar os níveis de significância (Tabela 30) – Método de *Parwise*.

Após a aplicação dos testes devidos, constatou-se que os profissionais com [34-40] anos de profissão percecionam melhor a cultura de segurança do doente que os que têm entre [14-23] e [4-13] anos de profissão, sendo essa diferença estatisticamente significativa (sig. < 0,05). Também os profissionais com [24-33] anos de profissão percecionam melhor cultura de segurança que os profissionais com [14-23] anos de profissão.

Tabela 30 – Hipótese 2: Comparações por método de *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[14-23] - [4-13]	4,78	5,28	,91	,37	1,00
[14-23] - [24-33]	-11,57	5,28	-2,20	,03	,17
[14-23] - [34-40]	-20,30	6,77	-3,00	,00	,02
[4-13] - [24-33]	-6,79	5,18	-1,31	,19	1,00
[4-13] - [34-40]	-15,51	6,69	-2,32	,02	,12
[24-33] - [34-40]	-8,73	6,69	-1,30	,19	1,00

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Havendo relação estatisticamente significativa entre a percepção da cultura de segurança entre os profissionais com [14-23] anos e [34-40] anos de profissão, importa saber em que dimensões essa diferença existe. Para tal, recorreu-se ao Teste de *Kruskal-Wallis* para cada par de comparações e a Correção de *Bonferroni* para identificar os níveis de significância.

Após a aplicação dos testes devidos, constatou-se que:

Os profissionais com [34-40] anos de profissão apresentam maior percentual de respostas positivas na dimensão “Trabalho em equipa” (sig. < 0,05) do que os [14-23] anos de profissão e [4-13] anos (Tabela 31).

Tabela 31 – Hipótese 2 - Dimensão “Trabalho em equipa”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[14-23]-[24-33]	-10,89	5,49	-1,98	,05	,29
[14-23]-[4-13]	13,59	5,65	2,41	,016	,10
[14-23]-[34-40]	-17,89	6,99	-2,56	,010	,06
[24-33]-[4-13]	2,70	5,28	,51	,61	1,00
[24-33]-[34-40]	-7,00	6,69	-1,05	,30	1,00
[4-13]-[34-40]	-4,30	6,82	-,63	,53	1,00

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Os profissionais com [34-40] e [24-33] anos de profissão percebem uma cultura de segurança mais forte na dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente” (sig. < 0,05) do que os profissionais com [4-13] anos de profissão (Tabela 32).

Tabela 32 – Hipótese 2 - Dimensão “Percepções gerais sobre a segurança do doente”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[4-13]-[14-23]	-8,50	5,92	-1,44	,15	,91
[4-13]-[24-33]	-15,18	5,60	-2,71	,01	,04
[4-13]-[34-40]	-17,39	7,43	-2,34	,02	,12
[14-23]-[24-33]	-6,68	5,60	-1,19	,23	1,00
[14-23]-[34-40]	-8,89	7,43	-1,20	,23	1,00
[24-33]-[34-40]	-2,21	7,17	-,31	,76	1,00

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão são os que apresentam percentuais de respostas positivas mais elevados na dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro” (sig. < 0,05) face aos demais profissionais. Os profissionais com [14-23] anos apresentam melhor percepção que aqueles que exercem a sua atividade profissional há [4-13] anos (Tabela 33).

Tabela 33 – Hipótese 2 – Dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[14-23]-[24-33]	-10,68	5,58	-1,91	,06	,33
[14-23]-[4-13]	13,57	5,90	2,30	,02	,13
[14-23]-[34-40]	-28,62	7,39	-3,87	,00	,00
[24-33]-[4-13]	2,89	5,58	,52	,60	1,00
[24-33]-[34-40]	-17,94	7,14	-2,51	,01	,07
[4-13]-[34-40]	-15,05	7,39	-2,04	,04	,25

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão são os que percebem maior cultura de segurança na dimensão “Abertura na comunicação” (sig. < 0,05) face aos demais profissionais (Tabela 34).

Tabela 34 – Hipótese 2 – Dimensão “Abertura na comunicação”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[14-23]-[24-33]	-4,18	5,58	-,75	,45	1,00
[14-23]-[4-13]	9,50	5,90	1,61	,11	,64
[14-23]-[34-40]	-25,10	7,39	-3,39	,00	,00
[24-33]-[4-13]	5,32	5,58	,95	,34	1,00
[24-33]-[34-40]	-20,92	7,14	-2,93	,00	,02
[4-13]-[34-40]	-15,60	7,39	-2,11	,04	,21

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Os profissionais com [34-40] e [24-33] anos de profissão são os que percebem uma cultura de segurança mais forte na dimensão “Transições” (sig. < 0,05) face aos profissionais com [14-23] anos (Tabela 35).

Tabela 35 – Hipótese 2 - Dimensão “Transições”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[14-23]-[4-13]	8,00	5,90	1,36	,18	1,00
[14-23]-[24-33]	-15,90	5,58	-2,85	,00	,03
[14-23]-[34-40]	-15,96	7,40	-2,16	,03	,19
[4-13]-[24-33]	-7,90	5,58	-1,42	,16	,94
[4-13]-[34-40]	-7,96	7,40	-1,08	,28	1,00
[24-33]-[34-40]	-,06	7,14	-,01	,99	1,00

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão são os que apresentam uma percentagem de respostas positivas mais elevada na dimensão “Resposta ao erro não punitiva” (sig. < 0,05) face aos demais profissionais (Tabela 36).

Tabela 36 – Hipótese 2 - Dimensão “Resposta ao erro não punitiva”: Comparações por Método *Pairwise* (n=56)

Sample 1-Sample 2	Estatística de teste	Estatística do teste Padrão	Estatística do teste Estatística de teste	Sig.	Adj. Sig. ^a
[4-13]-[14-23]	-1,06	5,87	-,18	,86	1,00
[4-13]-[24-33]	-5,40	5,45	-,99	,32	1,00
[4-13]-[34-40]	-19,63	7,22	-2,72	,01	,04
[14-23]-[24-33]	-4,33	5,56	-,78	,44	1,00
[14-23]-[34-40]	-18,57	7,31	-2,54	,01	,07
[24-33]-[34-40]	-14,24	6,98	-2,04	,04	,25

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais.

As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,050.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

As Dimensões “Expetativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Frequência da notificação”, “Trabalho entre unidades”, “Dotação de profissionais”, apresentaram sig. > 0,05.

Hipótese 3: Há relação entre a percepção da cultura de segurança do doente e o número de anos no serviço dos profissionais de saúde.

O Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* demonstrou que a amostra não cumpre o pressuposto de distribuição normal (sig. < 0,05) (Tabela 37), pelo que se optou pela realização do Teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis* para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre os anos no serviço dos profissionais e a percepção da cultura de segurança.

Tabela 37 – Hipótese 3: Teste de normalidade (n=56)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Anos serviço classes	,22	56	,00	,85	56	,00

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Após a realização do teste não paramétrico supramencionado, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis (sig. > 0,05), conforme dados apresentados na Tabela 38.

Tabela 38 – Hipótese 3: Teste de *Kruskal-Wallis* (n=56)

Taxa_SD_global	
H de Kruskal-Wallis	7,25
Df	4
Significância Sig.	,12

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: anos serviço classes

Para perceber se existem correlações entre estas variáveis recorreu-se ao Teste de Correlação de *Spearman*, que demonstrou que essa relação não se verifica, pois apresenta sig. > 0,05 (Tabela 39).

Tabela 39 – Hipótese 3: Estudo de correlações - Rô de *Spearman* (n=56)

		Taxa_SD_global	Anos serviço (classes)
rô de Spearman	Taxa_SD_global	Coeficiente de Correlação	1,00
		Sig. (2 extremidades)	.
		N	47
	Anos serviço classes	Coeficiente de Correlação	,28
		Sig. (2 extremidades)	,05
		N	47

Hipótese 4: Existe diferença entre a percepção da cultura de segurança do doente e as horas de trabalho semanal dos profissionais de saúde.

O Teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* demonstrou que a amostra não cumpre o pressuposto de distribuição normal (sig. < 0,05) (Tabela 40), pelo que se optou pela realização do Teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis* para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas entre as horas de trabalho semanal dos profissionais e a percepção da cultura de segurança do doente.

Tabela 40 – Hipótese 4: Teste de Normalidade (n=56)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
horario classes	,48	56	,00	,45	56	,00

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Após a realização do teste não paramétrico supramencionado, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis (sig. > 0,05), conforme Tabela 41.

Tabela 41 – Hipótese 4: Teste de *Kruskal-Wallis* (n=56)

	Taxa SD_global
H de Kruskal-Wallis	7,61
Df	3
Significância Sig.	,06

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: horario classes

Para perceber se existem correlações entre estas variáveis recorreu-se ao Teste de Correlação de *Spearman* (Tabela 42), que demonstrou que essa relação não se verifica, pois apresenta sig. > 0,05.

Tabela 42 – Hipótese 4: Estudo de correlações - Rô de *Spearman* (n=56)

			H de Kruskal- Wallis	7,610
rô de Spearman	Df	3	1,00	-,21
	Significância Sig.	,055	.	,16
	a. Teste Kruskal Wallis	N	47	47
	b. Variável de Agrupamento:	Coeficiente de Correlação	-,21	1,00
	horário classes	Sig. (2 extremidades)	,16	.
		N	47	56

PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, irá realizar-se a reflexão acerca dos resultados obtidos neste estudo com base no quadro de referências e objetivos delineados previamente, obedecendo à sequência da apresentação de resultados.

Os estudos mais relevantes, no que respeita à avaliação da cultura de segurança do doente em ambiente hospitalar são maioritariamente multidisciplinares (Eiras, 2011). No presente estudo e, apesar de se reconhecer que a segurança do doente deve ser uma preocupação fundamental de toda a equipa e das organizações de saúde, limitou-se esta avaliação a enfermeiros, médicos anestesiológicos e médicos não-anestesiológicos considerando que no contexto estudado, e nas unidades envolvidas, as intervenções de saúde são concretizadas por estes grupos profissionais, pelo que se decidiu restringir as categorias profissionais da nossa amostra.

Com o intuito de estudar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente em locais onde se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório, de um hospital de oncologia português, foram identificados com ajuda dos enfermeiros gestores e diretores de serviço, 56 profissionais que cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos pela equipa de investigação.

Dos profissionais elegíveis, todos os profissionais identificados acederam a participar no estudo e responderam ao instrumento de colheita de dados. Este facto pode ser justificado pela entrega do instrumento de colheita de dados em papel e pelo investigador principal ser um profissional da instituição, o que facilitou a proximidade na entrega e recolha do instrumento de colheita de dados.

1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por 68,7% de mulheres, o que vai de encontro aos dados estatísticos apresentados no site *Pordata*, em que refere que dos 58735 médicos (dados de 2021), 25.339 são do sexo masculino e 33.396 são mulheres. Também a Ordem dos Enfermeiros apresenta estatísticas de 2021, em que cerca de 82% dos enfermeiros são do sexo feminino (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Quanto à idade dos participantes, a média situa-se nos 46,25 anos, com DP de 9,85. O profissional mais novo, a responder ao questionário tinha 25 anos e o mais velho 65 anos. As faixas etárias com maior número de profissionais são as [35-44] anos e [45-54] anos, cada uma com 18 participantes. O que está de acordo com os números apresentados pela Ordem dos Enfermeiros, em que a faixa etária com maior número de profissionais é a de 36-40 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Já a Ordem dos Médicos, em 2021, apresenta a faixa etária +65 anos, como a que reúne mais profissionais, também na nossa amostra o profissional que tem 65 anos é médico (Ordem dos Médicos, 2022).

Em relação às habilitações académicas, o facto de 75% da amostra apresentar-se como licenciada, era expectável visto ser o nível de escolaridade obrigatório para exercer as profissões que fazem parte da população em estudo. O facto de 23,2% dos inquiridos apresentarem mestrado pode justificar-se pela legislação atualmente em vigor que insere o ensino da medicina, no ciclo de estudos integrado conducente ao grau de mestre, o que é corroborado pela amostra, existe apenas 1 enfermeiro com grau de mestre os outros profissionais com mestrado são médicos.

Dos 56 profissionais que formaram a amostra: 22 são enfermeiros, 23 são médicos não-anestesiologistas e 11 são médicos anestesiologistas. Estes últimos exercem a sua atividade nas diversas unidades onde decorreu o estudo, ao contrário dos dois primeiros grupos profissionais referidos que estão associados a apenas uma dessas unidades.

Segundo o site *Pordata* (2022), em 2021, o número de médicos em Portugal era de 58.735 e de enfermeiros de 80.238. Nesta amostra os médicos encontram-se em maior número, o que se pode explicar atendendo à especificidade das unidades, os médicos que prestam cuidados nestes alternam os procedimentos técnicos com consultas, apoio ao internamento ou mesmo procedimentos em bloco operatório. A equipa de enfermagem encontra-se dedicada a cada uma das unidades estudadas.

O vínculo profissional predominante foi de Contrato Individual de Trabalho, talvez pelo hospital selecionado ser uma Entidade Pública Empresarial, o que implica que a contratação definitiva de trabalhadores se faça por esta tipologia de contrato.

Também as horas de trabalho semanal, se podem justificar por esta realidade, a média de horas de trabalho semanal é de 39,15 horas (DP: 8,22 horas). Este horário é superior às 35 horas/semanais previstas por lei para os trabalhadores da função pública, o que é compreensível se atendermos que muitos dos colaboradores podem ter contratualizadas 40 horas de trabalho semanal ou trabalho suplementar.

Existem profissionais que trabalham mais de 46 horas semanais (todos são médicos anesthesiologistas), este facto pode ser justificado pela carência de profissionais nesta área e a necessidade de resposta de cuidados aos doentes, nomeadamente no acesso a tratamentos cirúrgicos.

Quanto aos anos de profissão, 33,9% dos participantes trabalham há [24-33] anos. Ao falarmos de anos no serviço em que exercem atualmente funções, no qual se efetuou o estudo, 37,5% apenas trabalha nesse contexto entre 0-6 anos. Ou seja, os profissionais trabalham há menos tempo nos contextos estudados comparativamente aos anos de profissão.

A destacar que dos enfermeiros inquiridos há 4 a trabalhar nestes serviços/unidades há menos de 1 ano, com um total de 10 enfermeiros (dos 22 inquiridos) a trabalhar há 3 anos ou menos nestes contextos. Segundo Benner (2001), os enfermeiros passam por cinco níveis de aquisição de competências: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Apesar da evolução referente a estes níveis não ser linear, a autora considera que um enfermeiro é tipicamente considerado competente, quando trabalhou dois a três anos com as mesmas situações clínicas. O que significa que um número importante dos enfermeiros que constituem a amostra, podem ainda não ter atingido este nível de competências.

Contudo, o conceito de cultura de segurança do doente é transversal, independente do contexto em que os profissionais exerçam as suas funções e, por isso, definiu-se como critério de inclusão o período mínimo de exercício profissional de 3 meses de qualquer profissional de saúde, já ultrapassado o período de integração do mesmo nas unidades.

Se alargarmos esta questão à restante amostra, verificamos que os profissionais trabalham em média, há 11,7 anos (DP: 8,85 anos) nas unidades em que se realizou o estudo, o que já confere um nível de competências acima do nível previamente referido.

1.2. PERCEÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Ao analisarmos a escala HSPSC na sua globalidade, encontramos um percentual de respostas positivas de 67,4%, com uma média de 3,37 (DP: 0,47). Podemos então concluir, que ao analisarmos as 12 dimensões da escala em conjunto, verificamos que estas não se apresentam como um ponto forte, existindo, por oposição, áreas assinaláveis que devem ser melhoradas. Dos estudos analisados nenhum apresenta valores da escala na sua globalidade, interpretando as 12 dimensões constituintes da mesma, *per si*. Podemos destacar que Silva (2019), baseando-se nos estudos da DGS

(2011a, 2015b), refere que houve uma degradação na perceção da cultura de segurança do doente transversal a muitas dimensões do HSPSC.

Considerando este achado, a proposta é analisar as diferentes dimensões da escala, considerando os domínios ao nível do hospital, da unidade e do doente. Também em nenhum dos estudos analisados, os resultados encontrados foram apresentados agrupados nestes três domínios. Apesar de Eiras (2011), evidenciar que as 12 dimensões da cultura de segurança do doente foram desenhadas para avaliar a cultura de segurança do doente ao nível do hospital, da unidade e variáveis de resultados, analisa as 12 dimensões separadamente e não as interpreta agrupadas nos domínios referidos. Assim, o estudo desenvolvido procura contribuir para avaliar a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais de saúde envolvidos no estudo e, identificar áreas suscetíveis de melhoria que possa permitir a definição de estratégias de melhoria adequadas aos diferentes níveis de perceção.

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível do Hospital

A média deste domínio é muito semelhante à média global da escala: 3,35 (DP: 0,5). Das três dimensões enquadradas neste domínio, a que apresenta a percentagem de respostas positivas mais baixa (31,7%) e respostas negativas mais alta (23,3%) é a dimensão **“Apoio à segurança do doente pela gestão”** (média: 3,07, inferior à meta definida pela equipa de investigação; DP: 0,74), corroborando os estudos de Eiras (2011) em que esta dimensão é uma das que apresenta scores mais baixos.

Estes valores são inferiores aos apresentados pelo estudo da DGS (2015), em que aponta esta dimensão com 49% de respostas positivas e pelo estudo de Costa (2014). Dos estudos internacionais analisados, Rockville et al. (2016), apresenta respostas positivas nesta dimensão de 72%; Eiras (2011) apresenta os estudos dos EUA com valores de 60% e do Líbano com 78% de respostas positivas nesta dimensão (Sorra e Nieva, 2004 e Jardali et al., 2010, respetivamente). Mais recentemente também Chegini et al (2020), do Irão, apresentam valores percentuais de respostas positivas de 48,23%, que embora longe dos valores dos outros estudos internacionais referidos, continuam a ser superiores aos encontrados neste estudo.

Ainda assim, os resultados obtidos conseguem ser superiores aos estudos de Garcia (2015), Freire (2017) ou Silva (2019).

A dimensão é constituída por três itens, com valores médios não muito diferentes entre si, todos sujeitos a oportunidades de melhoria. Destes, evidencia-se que o item “A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando

acontece alguma adversidade” apresenta valores de respostas negativas de 39,3%, ou seja, é considerado que o apoio institucional é considerado pouco positivo, sendo que a segurança do doente apenas é um tema importante somente quando algo menos bom acontece. Esta é uma dimensão com potencial de melhoria.

É imperativo, que todos os processos de gestão da qualidade e segurança em saúde, sejam implementados e geridos com o empenho de uma equipa multidisciplinar e o envolvimento efetivo de todos. Evidenciando-se que a liderança, ou gestão de topo, deve ser a primeira a comprometer-se com o objetivo de demonstrar a alta confiabilidade da instituição, alicerçando a sua visão na segurança e encarando-a como uma prioridade (Pires et al., 2021).

A DGS (2015) também enfatiza esta necessidade de envolver todos os profissionais na melhoria da segurança do doente, divulgando algumas estratégias específicas como: dar formação na área a todos os profissionais; motivar a troca de experiências entre unidades/serviços da instituição; realizar visitas formais aos serviços de forma a que os dirigentes interajam com os outros profissionais e partilhem situações diárias relacionadas com a segurança do doente, entre outras.

A dimensão “**Trabalho entre unidades**”, apresenta 50,9% de respostas positivas, um valor ligeiramente superior aos dados revelados pela DGS (2015) (48%), aos de Garcia (2015), de Freire (2017) e de Silva (2019). Eiras (2011) aponta esta com uma das dimensões que têm percentuais positivos mais baixos, nos seus estudos. A mesma autora, em termos internacionais, refere o estudo de Chen e Li (2010) como o que apresenta a maior média de percentual positivo (72%), seguido dos estudos de Jardali et al. (2010) e Sorra e Nieva (2004). Rockville et al. (2016), obteve no seu estudo um valor percentual de 61%, enquanto que Chegini et al. (2020) encontraram valores muito mais baixos nesta mesma dimensão (26,6%).

As variações dos percentuais encontrados nesta dimensão podem ser justificadas pela especificidade de cada instituição ou mesmo pelas unidades em que o estudo foi realizado bem como, com as unidades com os quais estas interagem mais frequentemente. Silva (2019), corrobora esta ideia ao referir que os resultados do seu estudo (realizado num bloco operatório), poderiam ser percebidos atendendo aos variados serviços com os quais interagem, à sobredotação existente nos mesmos e ao facto dos profissionais privilegiarem a organização do próprio serviço em detrimento da organização e fluidez de trabalho característicos de um bloco operatório.

No presente estudo e nesta dimensão destaca-se pela positiva o item “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital”,

concluindo-se que as relações entre equipas são maioritariamente positivas (71,4% de respostas positivas). Este facto pode dever-se à dimensão do hospital onde se realizou o estudo, que por não ser muito grande permite uma relação de maior proximidade entre os profissionais, o que pode contribuir para a boa relação profissional entre si.

Ainda que os profissionais de saúde apresentem relações positivas entre si, da análise dos dados obtidos é possível afirmar que os itens “Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” (com 55,4% de respostas positivas) e “Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente” (com 50% de respostas positivas) constituem aspetos passíveis de melhorar pela organização.

À semelhança dos itens anteriores, aquele que apresenta o resultado mais baixo desta dimensão é “Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” (média: 2,96; DP: 0,91) com 44,6% de respostas neutras e 28,5% de respostas negativas e, por consequência demonstra-se a importância de melhorar a articulação entre as diferentes unidades funcionais que compõem a organização.

Sendo uma dimensão passível de melhoria (média: 3,48, inferior à meta definida pela equipa de investigação; DP: 0,57), atendendo aos resultados obtidos, a DGS (2015) recomenda apoiar o desenvolvimento de competências nas áreas da comunicação, do trabalho em equipa, liderança de equipas, entre outras. Sugere também a criação de redes e parcerias entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente redes internas e o uso de tecnologias de informação. Santos e Grilo (2021) defendem que tal como as outras competências clínicas, comunicar dentro das equipas de saúde, é uma competência que implica um processo de aprendizagem, muitas vezes com avanços e retrocessos.

A terceira dimensão do Domínio da Segurança do Doente ao nível do hospital é a das **“Transições”**, respeitante à informação transmitida aquando a mudança de turno ou quando o doente muda de unidade. Esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 49,5%. Os estudos de Silva (2019) e Costa (2014) apresentam valores de respostas positivas abaixo dos identificados neste estudo, 46,24% e 39,2% respetivamente. Já os resultados apresentados pela DGS (2015), por Freire (2017) e por Garcia (2015) apresentam valores um pouco superiores (53%, 53,4% e 54,4% respetivamente). Eiras (2011) também revela uma percentagem de respostas positivas nesta dimensão superior ao identificado neste estudo. No que se refere a estudos internacionais, a referida autora, apresenta os estudos de Saturno et al. (2008), Bodur e Flyz (2010) com valores médios de percentual positivo de 54%, os restantes são iguais

ou inferiores aos encontrados nesta investigação. Rockville et al. (2016) obteve 48% e Chegini (2020) 22,30% nesta mesma dimensão.

Todos os itens que compõem esta dimensão apresentam taxas de resposta positivas superiores às restantes tipologias, à exceção do item “As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente”, com predomínio de respostas neutras (53,6%) face às respostas positivas (37,5%) ou negativas (8,9%). Este fato pode dever-se à realidade laboral das unidades investigadas em que o predomínio do trabalho se desenvolve no período da manhã, não havendo na maioria das vezes, oportunidades para a mudança de turno entre os profissionais de saúde.

É consensual, que a dimensão supramencionada, é passível de melhoria (média: 3,49, inferior à meta definida pela equipa de investigação; DP: 0,62), sendo em alguns contextos urgente tomar atitudes para esta oportunidade de melhoramento. As lacunas na comunicação quer entre profissionais-doente, quer entre as equipas multidisciplinares são identificadas como um fator significativo na ocorrência de fatores adversos (Santos & Grilo, 2021). Os mesmos autores admitem que saber comunicar é um dos maiores desafios da prestação de cuidados de saúde. A DGS (2015) recomenda mais uma vez, para esta área, o desenvolvimento de competências na área da comunicação, liderança e trabalho em equipa pelos profissionais de saúde, de forma a adquirirem ferramentas e adotarem estratégias de comunicação para as transições e para as altas.

As barreiras à comunicação como o ruído ou interrupções aquando da transmissão de informação, o esquecimento ou falta de precisão dos dados transmitidos, podem ser atenuadas ao normalizar a transferência de informação. Na Instituição em estudo, apesar de já alguns progressos neste sentido, não há um procedimento normalizado na transição de cuidados na maioria dos serviços e entre serviços.

A DGS (2017) preconiza que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, recorrendo para isso à normalização da técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações). Esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança em saúde em situações de transição de cuidados, permite uma transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é crucial na segurança do doente, sendo associada ao aumento da qualidade da prestação de

cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.

A implementação efetiva desta norma da DGS na instituição parece, pois, uma ferramenta a considerar para melhorar a segurança do doente e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados, no concerne à dimensão em estudo.

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível da unidade

Este domínio é o que engloba o maior número de dimensões da escala – sete, apresentando uma média global de 3,49 (DP: 0,52), ligeiramente superior à média global do Domínio da segurança do doente ao nível do hospital. Este ligeiro aumento da média global indicia que as normas instituídas sobre a cultura de segurança do doente são percecionadas pelos profissionais de forma mais positiva em termos locais do que ao nível macro da organização.

De entre estas dimensões destacamos a “**Trabalho em Equipa**”, por ser a dimensão com 80,9% de respostas positivas. Também nos resultados apresentados pela DGS (2015) esta dimensão é a que apresenta melhores resultados, embora apenas com 71% de repostas positivas. Os estudos de Garcia (2015), Costa (2014), Freire (2017) e Silva (2019) também destacam esta dimensão como a mais forte, com valores percentuais de respostas positivas de: 81,6%, 77%, 67,4% e 64,38% respetivamente. Eiras (2011) apresenta dados concordantes com os acima referidos, sendo também a dimensão com melhores resultados. Os estudos internacionais que esta autora apresenta, também espelham resultados semelhantes, sendo que em todos eles, esta é a dimensão mais forte e mais frequentemente encontrada. O estudo de Rockville et al. (2016) e o de Chegini et al. (2020) não contrariam esta tendência, com 82% e 66,8% de respostas positivas.

Ainda que percebamos o “Trabalho em equipa” como um ponto forte no presente estudo (média: 3,99, acima do valor definido pela equipa de investigação; DP: 0,46), e que a colaboração estrita entre todos os profissionais é de extrema importância para dar cumprimento às exigências de trabalho diário, mas também para a redução da probabilidade de ocorrência de um evento adverso, esta é uma dimensão passível de melhoria pois apresenta um item com taxa de respostas positivas abaixo das 75%.

O único item da dimensão com valores de respostas positivas abaixo dos 75% é o “Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” (com 55,3% de respostas positivas), o que sugere que a sobrecarga de trabalho surge como um fator preditor de uma visão que sobrepõe o trabalho individual ao trabalho em equipa. Estes resultados, também servem de alerta para o facto de, apesar de ser uma dimensão

considerada como ponto forte, não deve ser descurada e deve continuar a ser trabalhada.

O trabalho em equipa é uma das características apresentadas como fundamentais quando falamos em cultura de segurança (Silva et al., 2016) sendo esta percebida como o produto dos valores individuais, mas acima de tudo do grupo, das suas atitudes, perceções, competências e comportamentos (Pinto & Sarnadas, 2020).

A DGS (2015) recomenda também o desenvolvimento de competências nesta área do trabalho em equipa, de modo a reforçar a capacidade para tratar de questões de segurança e fazendo uso da simulação como ferramenta para a aprendizagem em segurança do doente.

Não obstante que o trabalho em equipa engloba a comunicação, a interajuda, a divisão de tarefas e a boa liderança (Fragata, 2010), sabemos que um local de trabalho com elevado espírito de equipa sustenta a eficácia organização de cuidados de saúde e influencia positivamente a dinâmica da equipa (Silva, 2019).

A dimensão **“Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente”** (média: 3,55, inferior à meta definida pela equipa de investigação; DP: 0,82) apresenta 55,8% de respostas positivas. Os estudos de Freire (2017), Costa (2014) e Silva (2019), apresentam valores percentuais mais baixos que os encontrados pela equipa de investigação, com 48%, 42,6% e 39,38% respetivamente. Com valores acima aos encontrados nesta investigação, identificaram-se os dados da DGS (2015), Eiras (2011) e Garcia (2015), com 59%, 63% e 69,5%. Já Rockville et al. (2016) obteve uma percentagem de respostas positivas de 69,5% e Chegini et al. (2020) de 65,8% (a segunda dimensão melhor cotada nesse estudo).

Esta dimensão, que traduz se os supervisores/gestores tomam em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do doente, os premeiam pelas iniciativas e não ignoram os problemas relacionados com esta temática, é composta por 4 itens. Sendo que o item que apresenta resultados mais favoráveis é “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorre repetidamente” (média: 3,96; DP: 1,08), com 69,7% de respostas positivas, o que demonstra que pelo menos quando ocorrem eventos adversos repetidamente que interferem com a segurança do doente eles são valorizados.

Os itens “O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” e “O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos” apresentam predomínio de respostas

positivas (62,5% e 51,8%, respetivamente) mas constituem-se como oportunidades de melhoria com média de respostas de 3,66 e 3,36.

O item “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos”, apresenta respostas negativas, neutras e positivas com valores muito semelhantes entre si, o que sugere uma certa ambiguidade entre a amostra estudada.

Os estudos demonstram assim valores muito diferentes nesta dimensão, o que pode sugerir que as respostas dependem muito das relações individuais que os participantes estabelecem com a liderança.

A liderança ou gestão de topo, deve comprometer-se a demonstrar a alta confiabilidade da instituição, alicerçando a sua visão na segurança, encarando-a como uma prioridade e foco principal da organização. Ou seja, um líder deve ser centrado na pessoa; ser presença regular e autêntica na linha da frente, defendendo a melhoria; permanecer focado na estratégia; exigir transparência sobre resultados, progresso, objetivos e falhas; incentivar o pensamento e alargar colaboração (Pires et al., 2021).

A DGS (2015) incentiva a adoção de ações específicas nesta área: nomear líderes séniores para a segurança do doente; eleger o “campeão da segurança do doente” mensalmente, por unidade/serviço; aumentar o envolvimento das lideranças na melhoria da segurança do doente; realizar visitas formais dos dirigentes aos serviços de modo a perceberem as situações quotidianas relacionadas com a segurança do doente; implementar estratégias locais de forma a colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados.

A dimensão “**Aprendizagem organizacional – melhoria contínua**” é a segunda dimensão do domínio da segurança ao nível da unidade com a média de respostas mais elevada, ainda que inferior ao limite definido pela equipa de investigação (média: 3,69; DP:0,78), com uma percentagem de respostas positivas de 68,7%. Também nos dados de Eiras (2011), da DGS (2015) e nos estudos de Costa (2014) e esta dimensão apresenta-se como o segundo melhor resultado encontrado, com 66%, 65% e 63,9%. Garcia (2015) obteve 62,3% de respostas positivas nesta dimensão, Freire (2017) 46,2% e Silva (2019) apenas 30,97%.

Em relação aos estudos internacionais Rockville et al. (2106) apresenta valores positivos de 73%, um pouco diferentes dos resultados obtidos por Chegini et al. (2020) com um valor de 42,87% de respostas positivas. Também Eiras (2011), ao comparar vários estudos internacionais, apresenta valores dispares que vão desde 84% de respostas positivas (Chen & Li, 2010) a 41% (Bodur & Filiz, 2010).

Destacamos no nosso estudo que esta dimensão apresenta um ponto forte: “Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente” (média: 3,98, DP: 0,96), com 76,4% de respostas positivas. Os profissionais consideram que realmente se está a trabalhar de forma concertada para que os cuidados prestados garantam a segurança do doente. A DGS nesta temática recomenda incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança a avaliação/implementação de ações de melhoria para áreas problemáticas, usando técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos; usar as notificações para a melhoria da Segurança do Doente; desenvolver competências em gestão de risco e promover uma cultura não punitiva.

Os restantes itens que compõem esta dimensão deverão ser alvo de ações de melhoria: o item “Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente” apresenta uma média de 3,64 (DP: 0,96) e o item “Aqui os erros conduzem a mudanças positivas” apresenta uma média de 3,49 (DP: 0,98).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a melhor segurança possível dos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República, 2015). Sendo imperativo que os erros/eventos adversos sejam identificados, analisados, avaliados e controlados através de medidas corretivas, torna-se prioritário consciencializar e instigar à notificação do erro/evento adverso, por forma a otimizar a aprendizagem através da identificação e análise do erro, promovendo assim a melhoria contínua dos cuidados prestados (Lima et al., 2018).

A dimensão “**Comunicação e feedback face ao erro**” apresenta, neste estudo uma média de 3,34 (DP: 0,89), com 52,4% de respostas positivas. Valor muito semelhante ao revelado pela DGS (2015) de 52%. Estes dados são inferiores aos encontrados por Garcia (2015) e Eiras (2011), respetivamente com 62,3% e 56% de respostas positivas, mas superiores aos de Costa (2014), Freire (2017) e Silva (2019), sendo que este último apresenta apenas 22,42% de respostas positivas.

Rockville et al. (2016) obteve valores de 68% de respostas positivas e Chegini et al. (2020) de 57,17%.

Dois dos itens que compõem esta dimensão (“Somos informados acerca dos erros que ocorrem no Serviço/unidade” e “Neste serviço/unidade discutimos sobre forma de prevenir os erros para que não voltem a acontecer”) apresentam percentuais acima de 50%, ainda que sejam percentuais positivos, estes são considerados aceitáveis, contudo, podem sempre melhorados.

Já o item “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” apresenta apenas 42,8% de respostas positivas, identificando-se também como uma oportunidade de melhoria. Estes resultados podem significar que existe uma lacuna entre a ocorrência de eventos adversos, a sua notificação e depois a discussão e consertação de respostas em função desses mesmo eventos.

Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos, esta é uma dimensão que carece de melhoria na sua globalidade. A DGS (2015) de forma a dar resposta a esta problemática, evidencia que é crucial a formação em Segurança do Doente e gestão de risco, desenvolvendo competências/ técnicas de comunicação entre profissionais de saúde, doentes e familiares, sendo ainda importante, fomentar a notificação de todo o tipo de eventos bem como o *feedback* do tratamento de casos notificados.

A OMS revela também preocupação com estas questões, alertando para a necessidade das instituições de saúde criarem sistemas de relatos de incidentes, com a principal finalidade de partilhar e aprender com os erros de forma a definirem soluções globais para a sua prevenção. A importância de notificações voluntárias de incidentes de segurança do doente reconhecida como forma de aprendizagem leva à promoção de sistemas de cuidados de saúde mais robustos (Pedroso et al., 2021).

Na dimensão “**Abertura na Comunicação**” (média: 3,54; DP: 0,83), obtivemos 57,1% de respostas positivas. Quando avaliamos se os profissionais conversam abertamente se observarem algo que possa afetar negativamente a Segurança do Doente e se se sentem à vontade para questionar os que têm mais autoridade, verificamos que “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” (média: 3,82; DP: 0,88) mais facilmente do que questionam as decisões e ações dos superiores hierárquicos (item C4; média: 3,14; DP: 1,07), o que parece compreensível, mas que se traduz em ponto de análise e que merece ser trabalhado.

Também o item “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo não parece estar certo” surge como oportunidade de melhoria ao reunir uma média de 57,1% de respostas positivas (média: 3,66; DP: 1,07).

No que respeita aos outros estudos nacionais, este percentual de respostas positivas apenas é ligeiramente inferior ao de Garcia (2015), que apresenta 58,8%. Os restantes dados obtidos por Eiras (2011), Costa (2014), DGS (2015), Freitas (2017) e Silva (2019) espelham todos valores inferiores (53%, 52,7%, 52%, 48,8% e 46,02% respetivamente).

Em termos de estudos internacionais Rockville et al. (2016) obteve um resultado de 64% de respostas positivas, já Chegini et al. (2020) apresenta valores muito inferiores: 38,07%. Os estudos internacionais apresentados por Eiras (2011), apresentam valores de respostas positivas nesta dimensão que variam entre 36% e 61%.

Atendendo aos resultados obtidos, assume-se que esta dimensão carece de ser trabalhada, no sentido da sua melhoria contínua. Saber comunicar é um dos maiores desafios da prestação de cuidados de saúde. A comunicação constitui a principal ferramenta de trabalho dos profissionais de saúde, sendo uma matéria acerca da qual eles necessitam de pensar e refletir (Santos & Grilo, 2021).

A DGS (2015) apresenta algumas recomendações para a melhoria da **“Abertura na Comunicação”**: incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria para as áreas problemáticas identificadas e formação na área da segurança do doente; fomentar a notificação de todos os eventos; desenvolver uma cultura não punitiva; desenvolver competências/técnicas de comunicação; adotar medidas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança mútua, perceções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas de prevenção, estas características permitem proteger os doentes de eventuais erros não intencionais (Nieva & Sorra, 2003).

A **“Dotação de profissionais”** é a dimensão que apresenta valores médios mais baixos comparativamente às outras dimensões do Domínio da Segurança ao nível da Unidade, com uma média de 3,01 (DP=0,72), apresentando apenas 35% de respostas positivas. Dos quatro itens que englobam esta dimensão, o que exhibe percentuais positivos mais baixos (23,2%) é “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” (média: 2,66; DP: 1,28).

Em termos nacionais, os estudos demonstram fragilidades nesta dimensão, apresentando quase todos valores percentuais de respostas positivas abaixo dos 50%: Eiras (2011) com 41%; Freire (2017) com 34,2%; DGS (2015) com 34%; Costa (2014) com 26,9% e Silva (2019) com 25,07%. Apenas Garcia (2015) consegue valores de 51,9% nesta dimensão.

Quanto aos estudos internacionais apresentados por Eiras (2011) esta tendência mantém-se, não ultrapassando nenhum deles os 50% de respostas positivas. Rockville et al. (2016) e Chegini et al. (2020) obtiveram valores de 54%.

Os itens “Trabalhamos em modo crise, tentado fazer muito, demasiado depressa” (A14) (média: 2,89; DP: 1,04) e “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” (A2) (média: 3,00; DP: 1,11) apresentaram comportamentos semelhantes e equilíbrio entre as diferentes tipologias de resposta, o que pode indicar percepções distintas de acordo com a categoria profissional, posteriormente analisada em contexto de estatística inferencial.

Os resultados do presente estudo poder-se-iam explicar pelo facto do estudo ter sido efetuado em tempos de pandemia COVID-19, o que poderia espelhar a percepção dos profissionais de saúde da falta de recursos perante o aumento do volume de trabalho e dos constantes ajustes que se tiveram que efetuar nesta altura; embora se tratasse de um hospital COVID-free, o hospital foi reestruturado para dar resposta às necessidades dos doentes oncológicos com esta infeção respiratória. No entanto, as outras investigações realizadas obtiveram resultados semelhantes ou piores, pelo que se depreende que este é um problema transversal aos diferentes contextos e que permanece imutável ao longo do tempo. É, portanto, uma área que carece claramente de ser melhorada, de forma a potenciar a obtenção de ganhos efetivos.

A necessidade de adequar os recursos humanos às reais necessidade e exigências das unidades prestadoras de cuidados de saúde, é uma realidade que não pode ser negada.

A Ordem dos Enfermeiros defende que a dotação adequada de enfermeiros, é um aspeto fundamental para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (Regulamento 743/2019, Diário da República). Esta realidade pode perfeitamente ser extrapolada para as outras classes profissionais, uma dotação de profissionais desajustada à realidade leva a piores resultados ao nível da saúde, e da segurança dos doentes por inerência.

Por outro lado, ao refletirmos sobre o item em que foram obtidos piores resultados (“Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”), não podemos deixar de referir que o excesso de horas de trabalho pode condicionar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. Devemos ter a consciência de que a fadiga afeta o desempenho e percepção da mesma (Fragata, 2010), podendo levar ao aumento da probabilidade de erro.

Para esta dimensão, a DGS (2015) aconselha que deve ser gerida a dotação de profissionais por serviço e a elaboração de escalas das equipas, considerando os limites mínimos atribuídos para a segurança do doente.

A última dimensão enquadrada no Domínio da segurança ao nível da unidade é a **“Resposta ao erro não punitiva”**, que também apresenta uma média de respostas baixa: 3,02 (DP: 0,78).

Em termos percentuais, esta dimensão apresenta até piores valores que a dimensão anterior no que concerne aos percentuais de respostas positivas, com 33,5%.

O item “Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal” obteve apenas 29% de respostas positivas, o que revela que é uma preocupação efetiva dos profissionais, sendo uma temática a precisar de grande intervenção por parte dos órgãos de gestão.

Em termos nacionais, todos os estudos analisados, apresentam valores ainda mais baixos nesta dimensão que o nosso estudo, com percentuais de respostas positivas não superiores a 27%: Eiras (2011), 27%; DGS (2015), 26%; Silva (2019), 25,96%; Garcia (2015), 25,5%; Costa (2014), 25,4% e Freire (2017), 16,3%.

Rockville et al. (2016) obteve, contudo, resultados mais satisfatórios, de 45%, ainda assim abaixo dos 50%, o que se traduz numa oportunidade de melhoria. Já Chegini et al. (2020) encontrou valores mais semelhantes aos estudos nacionais, com 19,7% de respostas positivas.

Os restantes itens que compõem esta dimensão “Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si” (A12) e “Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles” (A8) apresentaram taxas de respostas equilibradas entre a tipologia positiva, neutra ou negativa, o que reforça a preocupação dos profissionais com a penalização pessoal sobre o evento adverso, numa cultura de erro considerada punitiva, pela amostra estudada.

O erro compreende-se como uma falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Considera-se que um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase-evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso) (DGS, 2011). Os eventos adversos apresentam-se assim como uma realidade na prestação dos cuidados de saúde (Castilho, 2014). O certo é que, apesar de, muitas vezes, os profissionais serem responsabilizados e julgados por incidentes de segurança do doente estes ocorrem em sistemas e processos de saúde, com falhas e fragilidades que contribuem para estes incidentes (Pedroso et al., 2021).

Os erros/eventos adversos devem ser identificados, analisados, avaliados e controlados através de medidas corretivas, tornando-se prioritário consciencializar e instigar à

notificação do erro/evento adverso, por forma a otimizar a aprendizagem através da identificação e análise do erro (Lima et al., 2018). É, no entanto, visível, através dos resultados encontrados nos diversos estudos, que ainda há um longo caminho a percorrer para que o erro associado aos cuidados de saúde, seja aceite e visto como uma oportunidade de melhoria e aprendizagem dentro das equipas de saúde (Pedroso et al., 2021).

A DGS (2015) ao abordar esta dimensão faz algumas recomendações específicas, de forma a melhorar os resultados relacionados com esta temática, nomeadamente: a formação; o desenvolvimento de competências em gestão de risco, comunicação, sensibilização do trabalho em equipa e liderança; fomentar a notificação e a promoção de uma cultura do erro não punitiva.

Domínio da Cultura de Segurança do doente ao nível do doente

Este domínio comporta duas dimensões: **“Perceções gerais sobre a Segurança do Doente”** e **“Frequência da Notificação”**, tendo obtido uma média global de 3,16 (DP: 0,70), espelhando, igualmente aos domínios anteriores, algumas fragilidades.

A dimensão **“Perceções gerais sobre a Segurança do Doente”** (média: 3,39; DP: 0,84), que reflete se os procedimentos e sistemas são capazes de prevenir os erros, existindo consequentemente menos problemas relacionados com a segurança do doente, apresenta um percentual de respostas positivas de 51,8%. Se analisarmos os itens separadamente, constatamos que os quatro itens que compõem a dimensão, revelam valores de respostas positivas a rondar os 50%. Destacando-se pela negativa o item “Neste serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente” (média: 3,25; DP: 1,23), com valores percentuais de respostas negativas abaixo deste valor (46,5%), revelando a existência de maiores fragilidades.

Dos estudos nacionais analisados, quatro apresentam resultados ligeiramente superiores aos encontrados: Eiras (2011), DGS (2015), Garcia (2015), Costa (2014), os três primeiros com 53% e o último com 53,7% de respostas positivas. Os dois estudos mais recentes, Freire (2017) e Silva (2019), apresentaram percentuais de respostas positivas mais baixos, com 39,6% e 38,94% respetivamente.

Rockville et al. (2016) apresentam um valor de respostas positivas nesta dimensão de 66%, considerado, portanto aceitável e Chegini et al. (2020) um valor de 43,85% o que significa que carece de intervenção de melhoria.

Da análise dos dados obtidos, salienta-se que 55,3% dos participantes responderam positivamente aos itens “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade” (A10) e “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” (A18).

Perante os resultados obtidos no estudo, no que respeita a esta dimensão, verificamos que ela necessita de melhoria, o que vai de acordo com a generalidade dos estudos analisados.

Determinar as atitudes e percepções dos profissionais que contribuem para a cultura de segurança das organizações é o início do processo de melhoria da segurança do doente (Eiras, 2011). Instituir uma cultura de segurança numa organização implica implementar medidas, consolidar conhecimentos, esclarecer dúvidas e caminhar no sentido de uma melhoria contínua (Vogus et al., 2010).

Instituir normas e procedimentos, criar *checklist* que permitam uma melhor vigilância e cruzamento de informação são medidas que podem ser adotadas de forma a prevenir o erro (Fragata, 2010).

A DGS (2015) defende que devem ser identificadas as áreas problemáticas na Instituição, incluindo no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria nestas áreas permitindo sensibilizar e formar todos os profissionais sobre Segurança do Doente e Cultura de Segurança, fornecendo ferramentas que possibilitem a implementação de projetos de melhoria sobre a Segurança do Doente.

A “**Frequência da notificação**” é a dimensão que aborda a notificação dos erros, independentemente se tem potencial para afetar ou não o doente, tem o percentual de respostas positivas mais baixas encontradas no estudo, com 29,7% (média: 2,89; DP: 0,95). Dos três itens que constituem a dimensão, o item D1 é o que se destaca pela negativa, diz respeito à frequência de notificação do evento/ocorrência que é detetado e corrigido antes de afetar o doente, pois mereceu 21,8% de respostas positivas.

O item “Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?” (D2) mereceu uma maior taxa de respostas negativas (43,7%), revelando que só se notificam os eventos adversos mais graves, denotando-se a subnotificação desses eventos, característica da realidade portuguesa.

No mesmo sentido, as respostas dos participantes ao item “Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?” (D3), com respostas positivas de 40%, negativas de 32,8% e neutras de 27,3%, reforça os achados obtidos anteriormente.

Esta dimensão, na globalidade dos estudos analisados, não apresenta percentuais positivos muito altos, sendo que em nenhum dos estudos nacionais se encontram resultados acima dos 50%. Com valores um pouco mais elevados aos por nós encontrados temos os estudos de Eiras (2011), DGS (2015) e de Costa (2014), com 39%, 37% e 36,1% respetivamente. Já Garcia (2015), Freire (2017) e Silva (2019), estudos mais recentes, obtiveram valores de 18,4%, 17,1% e 12,98%.

Em estudos internacionais Rockville et al. (2016) conseguiu resultados de respostas positivas de 67%, Chegini et al. (2020) 52,23% e a maioria dos estudos internacionais referidos por Eiras (2011) também apresentam resultados positivos acima dos 50%.

Pode-se concluir perante estes dados que em termos nacionais os estudos demonstram que esta é uma dimensão que necessita de intervenção muito prioritária. Já internacionalmente os resultados apresentam uma melhoria significativa comparativamente com os nossos, com dados aceitáveis embora possam ser sempre passíveis de serem melhorados, provável fruto da diferente forma de encarar o erro/evento adverso.

Mais uma vez, há que destacar, que a identificação e análise do erro é crucial para otimizar a aprendizagem, promovendo assim a melhoria contínua dos cuidados prestados (Lima et al., 2018).

A OMS (2020) reforçou a necessidade de estarmos atentos a potenciais danos associados aos cuidados de saúde e que podem culminar em incidentes de segurança do doente (Ramos et al., 2021). Só notificando estes incidentes, sendo eles quase-eventos ou eventos adversos, é possível a sua análise, refletir acerca dos mesmos e coordenar ações de modo a evitar a sua repetição.

A DGS (2015) reconhece que as estratégias de melhoria a adotar nesta dimensão, estão estritamente relacionadas com as apresentadas nas dimensões “Aprendizagem organizacional” e “Comunicação e feedback acerca do erro”. É importante criar e fomentar o feedback de um evento e/ou notificação, construindo uma cultura não punitiva bem como, incentivar o uso de evidências para gerar recomendações.

Quando questionados quanto ao **número de relatórios de eventos/ocorrências** que os profissionais preencheram e entregaram nos últimos 12 meses, 69,6% dos inquiridos (39 dos 56 participantes) responderam nenhum e 26,8% (15 participantes) entregaram 1 a 2 relatórios de eventos. Esta informação corrobora os resultados encontrados na dimensão anteriormente explanada.

Esta tendência é transversal aos outros estudos nacionais, no estudo de Garcia (2015) 95,6% não notificaram nenhum evento nos 12 meses de trabalho anteriores, no estudo

de Freire (2017) 93,1%; Costa (2014) obteve que 77,9% dos inquiridos não tinha notificado nenhum evento/ocorrência nos últimos 12 meses. Os valores obtidos por Silva (2019) são mais próximos dos obtidos neste estudo, com 68% dos participantes a não notificarem quaisquer eventos/ocorrências. Apesar de nem em todos os estudos se fazer referência a esta questão de item único, é notória a subnotificação do erro, mesmo no estudo de Rockville et al. (2016), em que apenas 45% dos profissionais efetuaram pelo menos uma notificação nos últimos 12 meses, sendo de notar que nos EUA estão implementados os sistemas de notificação do erro, há vários anos.

A instituição na qual foi realizado o estudo tem implementada uma plataforma de notificação de eventos/ocorrências (HER+), que permite a notificação e avaliação/análise interna dos mesmos, sendo avaliados pela Comissão de Risco. Este fato permite que seja estudado todo o processo e equacionadas estratégias para prevenção de novos eventos/ocorrências; ao ser analisado o erro internamente, facilita o processo de análise e a implementação de estratégias da sua evicção. Os eventos/ocorrências também podem ser notificados através da plataforma “Notifica”, adotada pela DGS, no entanto, o *feedback* só é dado à instituição no final do processo, perdendo-se esta oportunidade de desenvolvimento de análise e estratégias de melhoria conjuntas com os profissionais.

Estas plataformas permitem a notificação dos eventos de forma anónima ou não, contribuem para a identificação de áreas de melhoria no âmbito da qualidade e segurança, pois fornecem informações importantes sobre como e quais os motivos que deram origem a esses incidentes (Pedroso et al., 2021).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança não punitiva é crucial para a adesão dos profissionais à notificação do erro. Fica a faltar apurar os motivos desta subnotificação na presente investigação, por forma a desenvolver estratégias de melhoria mais direcionadas.

Quando se solicitou que os profissionais de saúde avaliassem o **grau de segurança no seu serviço/unidade**, classificando-a entre “muito fraca”, “fraca”, “aceitável”, “muito boa” e “excelente”, as respostas dadas centraram-se nas três classificações centrais. A média foi de 3,57 (DP: 0,63) ligeiramente superior à média das 12 dimensões presentes no questionário.

Dos inquiridos, 64,3% classificam a segurança do doente na sua unidade de “muito boa”. Este valor é superior aos apresentados por Costa (2014), em que 42,6% consideram a cultura de segurança “muito boa”, pela DGS (2015), cujas 50% das respostas dadas foram entre “excelente” e “muito boa”. Já Garcia (2015) constatou, no seu estudo, que

um enfermeiro considerou a cultura de segurança “excelente” e 57,4% “muito boa”, nenhum dos participantes respondeu “fraca” nem “muito fraca”. No estudo de Freire (2017), 82,5% atribuem uma classificação positiva. Já nos EUA, no estudo de Rockville et al. (2016), 76% consideram a segurança do doente como “excelente” e 42% como “muito boa”.

Podemos concluir que o Grau de Segurança do Doente nas unidades é percecionado pelos inquiridos com uma média ligeiramente superior ao encontrado na avaliação global das 12 dimensões previstas no questionário HSPSC. Os profissionais têm consciência que a Segurança do Doente pode ser melhorada pois nenhum a classifica com “excelente”. É importante avaliar a cultura de segurança, só assim se poderá agir de forma mais precisa face às áreas mais problemáticas, alcançando melhorias nesta temática e consequentemente aumentado a qualidade dos cuidados.

1.3. RELAÇÃO ENTRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Ao avaliarmos a perceção da **cultura de segurança do doente** pelos **diferentes grupos profissionais**, verificamos que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre si. Dos estudos em análise nem todos fazem esta avaliação de resultados, sendo que noutros a amostra em estudo também é constituída apenas por enfermeiros o que inviabiliza esta comparação.

Dos estudos que realizaram esta análise destaca-se Costa (2014) que concluiu que os profissionais que no âmbito das suas funções interagem diretamente com os doentes são aqueles onde é maior a perceção de cultura de segurança. Os técnicos de diagnóstico e terapêutica são aqueles que percecionam uma maior cultura de segurança do doente. Sendo que, nas dimensões “Dotação de profissionais” e “Expetativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente”, os médicos percecionam uma maior cultura de segurança.

Também Silva (2019) concluiu que a perceção da cultura de segurança do doente é maior nos médicos comparativamente à dos enfermeiros.

Estes achados podem justificar-se pela especificidade de cada uma das profissões, nomeadamente com a organização e dinâmica de trabalho, com o estilo de liderança ou até mesmo com a formação específica na área da saúde, por parte de cada grupo profissional.

No nosso estudo estas diferenças não foram encontradas talvez atendendo ao tamanho da amostra e devido à representatividade diminuída de cada uma das profissões.

No que concerne à percepção de **cultura de segurança do doente e aos anos de profissão**, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis. Os profissionais com [34-40] anos de profissão consideram que existe melhor cultura de segurança do doente que os profissionais que trabalham há [14-23] anos. Assim como, os profissionais que têm entre [24-33] percebem melhor a cultura de segurança que os que têm entre [14-23] anos de profissão.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão percebem melhor cultura de segurança do doente na dimensão **“Trabalho em equipa”**, do que os com [14-23] e [4-13] anos de profissão. Os profissionais com [34-40] e [24-33] anos de profissão percebem maior cultura de segurança na dimensão **“Percepções gerais sobre a segurança do doente”** do que os profissionais com [4-13] anos de profissão.

Os profissionais com [34-40] e [24-33] anos de profissão são os que percebem maior cultura de segurança na dimensão **“Transições”** face aos profissionais com [14-23] anos.

Os profissionais com [34-40] anos de profissão são os que percebem maior cultura de segurança na dimensão **“Comunicação e feedback acerca do erro”**, **“Abertura na comunicação”** e **“Resposta ao erro não punitiva”** face aos demais profissionais.

Silva (2019) não encontrou relação entre estas variáveis.

Já Costa (2014) refere que os profissionais com menos de 8 anos de experiência são aqueles que têm maior percepção da cultura de segurança do doente no que respeita ao **número de ocorrências notificadas**; os profissionais com menos de 6 meses de experiência profissional, são os que consideram a cultura de segurança melhor relativamente à **“Dotação de profissionais”**.

Nos estudos em que a amostra é constituída apenas por enfermeiros, Garcia (2015) não encontrou nenhuma relação entre experiência profissional e a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança. Freire (2017) encontrou apenas significância estatística na dimensão **“Dotação de profissionais”**, no que se refere à experiência profissional, sendo que os enfermeiros com mais anos de experiência profissional apresentavam melhor avaliação de cultura de segurança nesta dimensão.

A relação entre a experiência profissional e a percepção da cultura de segurança, atendendo a que os profissionais com mais experiência apresentam, na generalidade, melhor avaliação da cultura de segurança, pode justificar-se pela percepção que estes

têm da evolução que tem havido nesta área. A cultura de segurança do doente tem tido uma importância e uma visibilidade crescentes, pelo que os profissionais mais experientes podem ter maior noção e valorizar mais esta evolução.

Quanto à relação entre a **percepção da cultura de segurança e os anos de serviço**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta área. O único estudo analisado que faz esta comparação, Garcia (2015), também não encontrou significância estatística para nenhuma das dimensões da escala relativamente à experiência na prestação de cuidados à criança – especificidade da área onde desenvolveu o estudo.

Estes achados, permitem concluir que o tempo em que se trabalha num determinado serviço/unidade pode não ter influência direta na percepção da cultura de segurança, ao contrário dos anos de profissão.

Relativamente à relação entre a **percepção da cultura de segurança do doente e as horas de trabalho semanal**, também não foi encontrada significância estatística entre ambas. Nenhum dos estudos por nós analisados abordou a comparação destas variáveis, apenas Silva (2019) se referiu aos profissionais que acumulam funções, pois considerava expectável que estes percecionassem uma cultura de segurança menos positiva, mas não verificou nenhuma significância estatística que corroborasse este facto. A sensibilidade deste tema, é apontada por este autor, como uma das causas possíveis para não se encontrarem estudos que verificassem a relação entre estas variáveis.

A cultura de segurança é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de percepção e modelos de comportamento. As variáveis que podem influenciar a cultura de segurança e a percepção, por parte dos profissionais, dessa cultura de segurança do doente podem ser inúmeras. Interessa que as organizações promovam uma cultura positiva caracterizada pela comunicação alicerçada na confiança mútua, por percepções partilhadas sobre a importância da segurança e por confiança na eficácia das ações preventivas (Eiras, 2021).

CONCLUSÃO

A cultura de segurança do doente, sendo uma importante dimensão da qualidade em saúde, constitui um dos grandes desafios para as organizações de saúde mundiais e que irá permitir redesenhar as práticas assistenciais em saúde por forma a garantir a excelência das práticas profissionais.

A pandemia que vivenciámos trouxe importantes desafios nesta área, as medidas de segurança foram colocadas em destaque, valorizadas e discutidas de forma constante tendo permitido sensibilizar a sociedade em geral, e os profissionais de saúde em particular, para os desafios que se impõem neste domínio.

Os estudos sobre a cultura de segurança do doente têm surgido nacional e internacionalmente e algumas diretrizes têm sido definidas no sentido de otimizar os ambientes das práticas de cuidados, mas, muito há a fazer.

Os contextos na área da saúde são muito diversificados – dos quais se destaca o contexto onde este estudo foi desenvolvido em que muitas vezes carecem de análises diagnósticas mais individualizadas para se poder alcançar resultados gerais cada vez mais favoráveis.

O presente estudo tinha como um dos principais objetivos caracterizar a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais de saúde das unidades em que se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório num hospital de oncologia português. E, com este estudo, espera-se poder contribuir para a promoção de práticas preventivas e promotoras de um ambiente mais seguro, otimizando assim a qualidade dos cuidados, neste contexto específico.

Da análise efetuada nesta investigação da escala HSPSC na sua globalidade, pode-se concluir, que ao analisarmos as 12 dimensões da escala em conjunto, verificamos que estas não se apresentam como um ponto forte e foram identificadas as áreas suscetíveis de melhoria ainda que com diferentes níveis de prioridade.

Nesse sentido, decompôs-se a escala nos três domínios que a compõem: domínio da cultura de segurança do doente ao nível do Hospital, da Unidade e do Doente.

No que respeita ao domínio da cultura de segurança do doente ao **nível do Hospital**, das três dimensões abrangidas, todas refletem necessitar de intervenções que conduzam à melhoria. Sendo que, a dimensão “Apoio à segurança do doente pela

gestão”, é a que parece carecer de intervenção mais prioritária, não sendo alvo de interesse apenas na ocorrência de situações adversas. Ressalta a importância de envolver a equipa multidisciplinar nas estratégias de melhoria equacionadas, envolvendo todos os profissionais de forma efetiva.

O “Trabalho entre unidades” também é uma dimensão que revela ser passível de intervenção, apesar da maioria dos inquiridos não considerarem desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades. É importante melhorar a articulação entre as diferentes unidades funcionais que compõem a organização.

A dimensão “Transições”, ao apresentar apenas metade das respostas com cotação positiva, traduz-se como uma área passível de intervenção no sentido de melhorar os cuidados prestados. A normalização da técnica de ISBAR (Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações), preconizada pela DGS desde 2017, permitindo que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação parece-nos um ponto crucial e uma medida urgente a ser adotada. Esta ferramenta de padronização de comunicação em saúde, reconhecida por promover a segurança em saúde em situações de transição de cuidados, permite uma transmissão de informação, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelos seus intervenientes. Este facto permite a diminuição do erro associado às transições e consequentemente tornar-se uma mais valia na melhoria da qualidade de cuidados. Outra das medidas, que pode ser tida em consideração pela instituição onde foi realizado o estudo, é a uniformização dos registos informatizados em todas as unidades onde foi realizada a investigação. Os registos informáticos, na mesma plataforma e com diretrizes transversais a todos, disponíveis a todos os colaboradores parece ser uma mais valia para a melhoria da cultura de segurança do doente nestes contextos.

O domínio da cultura de segurança do doente ao **nível da Unidade**, comporta a dimensão que foi encontrada como ponto forte: “Trabalho em equipa”. Ainda assim, dentro desta dimensão, foi encontrado um item que pode ser melhorado, e que diz respeito ao facto de quando uma área fica com excesso de trabalho, os outros profissionais de saúde darem apoio. O facto da instituição onde foi realizado o estudo ser de pequena dimensão, assim como as unidades em causa, pode ser o motivo pelo qual o trabalho em equipa seja percecionado como um ponto forte. No entanto, ainda se verificam oportunidades de melhoria no sentido de caminho de excelência e esta interajuda entre equipas surge como um desses pontos.

Outro dos pontos fortes encontrados, este englobado numa dimensão que necessita de melhoria, a da “Aprendizagem organizacional/melhoria contínua” em que os participantes reconhecem que estão a trabalhar ativamente para a melhoria da cultura de segurança do doente.

Alguns dos pontos identificados pelos profissionais, como sendo merecedores de especial atenção de forma a serem melhorados encontram-se relacionados com a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, dado que apenas são valorizados os eventos adversos que, depois de ocorridos, interferem com a segurança do doente.

Relativamente à “Comunicação e *feedback* face ao erro”, os profissionais apontam como falha a informação fornecida acerca de mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.

Estes dois últimos pontos refletem a importância de: analisar o erro como o resultado de um processo e não como um acontecimento isolado; analisar todos os fatores que contribuíram para a ocorrência desse erro; envolver os profissionais de saúde e definir estratégias preventivas para o futuro, sendo que este percurso deve ser trabalhado com a equipa de forma clara.

A preocupação demonstrada pelos profissionais acerca do registo dos erros nos seus processos individuais deve ser desconstruída. Deve-se apostar assim na formação; no desenvolvimento de competências em gestão de risco; na comunicação, sensibilização do trabalho em equipa e liderança; fomentando a notificação e a promoção de uma cultura do erro não punitiva.

A dimensão “Abertura na comunicação” também deve ser trabalhada, essencialmente quando falamos na relação dos profissionais de saúde com os seus superiores hierárquicos. Devem ser treinadas estratégias de comunicação de forma a conseguir-se uma comunicação eficaz na equipa multidisciplinar, devendo fomentar-se o trabalho em equipa com o objetivo comum de prestar cuidados de excelência, onde a segurança do doente seja uma prioridade compartilhada.

A “Dotação de profissionais” é a dimensão com valores positivos mais baixos neste domínio. Estes achados permitem concluir que é uma área a ser tida em consideração por parte dos órgãos de gestão intermédia e de topo da organização estudada. A gestão da dotação de profissionais por serviço deve considerar os limites mínimos atribuídos para a segurança do doente, cumprindo as diretrizes emanadas pelas ordens profissionais que coabitam o ambiente hospitalar.

No domínio da cultura de segurança do doente ao **nível do Doente** não foi identificado qualquer ponto forte sendo que a dimensão “Frequência da notificação” carece de intervenção prioritária.

Em suma, apesar dos participantes, quando questionados acerca do grau de Segurança Doente na sua unidade 64,3% a classificarem como “Muito Boa”, ao analisar mais profundamente a sua perceção da cultura de segurança eles identificam várias fragilidades acerca da mesma.

Dos três domínios abordados, apenas a cultura de segurança do doente no domínio da unidade, apresenta uma dimensão considerada como ponto forte, todas as outras carecem de melhoria. O mesmo acontece nos domínios do Hospital e do Doente – nestes todas as dimensões devem ser consideradas como passíveis de melhoria.

O número de relatórios de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses por parte dos profissionais, também fica muito aquém do esperado, quase 70% refere não ter realizado nenhum relatório no último ano.

Relativamente à relação entre a perceção da cultura de segurança do doente e as variáveis sociodemográficas, encontrou-se relação estatisticamente significativa entre a perceção de cultura de segurança do doente e os anos de profissão dos diferentes grupos profissionais. Os profissionais com [34-40] anos de profissão são os que percecionam melhor a cultura de segurança do doente; este achado pode dever-se ao facto de estes, ao longo da sua vida profissional, terem testemunhado todos os avanços já realizados nesta área, o trabalho realizado e a consciência que a cultura de segurança é de facto um tema sobre o qual se tem investido nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Os restantes resultados, por outro lado, demonstram que há ainda um longo caminho a percorrer no que diz respeito à segurança do doente e que é necessária a consolidação de uma cultura de segurança que se traduza efetivamente numa melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A procura continua da melhoria dos cuidados prestados no seio de uma equipa é o motor que leva ao sucesso da mesma.

A interpretação destes resultados exige, no entanto, a ponderação de algumas reservas: a principal limitação do estudo prende-se com o facto da amostra ter sido selecionada de forma intencional, limitada em termos de número de participantes e em termos de contexto, limitando-se a uma instituição; contudo, todos os profissionais de saúde passíveis de envolvimento no estudo aceitaram livremente participar no estudo.

Futuramente seria interessante ampliar a amostra do estudo, procurando realizar o mesmo em contextos semelhantes – locais onde se realizem procedimentos

anestésicos fora do bloco operatório – mas noutras instituições de saúde a nível nacional, no sentido de obter dados mais conclusivos, representativos e até estabelecer comparações entre si. Seria também pertinente fazer um estudo comparativo entre a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais nestes contextos e em bloco operatório.

Outra das mais valias, seria complementar o presente estudo com um estudo qualitativo que explorasse junto dos profissionais as fragilidades nas dimensões aqui encontradas, de modo a perceber as causas encontradas para as mesmas bem como sugestões de melhoria.

Espera-se que com este estudo se possa contribuir para um olhar atual sobre a perceção da cultura de segurança em contextos específicos de cuidados, como sejam os locais onde se realizam procedimentos anestésicos fora do bloco operatório. Pretende-se ainda contribuir para novas linhas de investigação, que estudem de forma global a cultura de segurança do doente não descurando a individualidade e especificidade de cada um dos contextos onde se prestam os cuidados de saúde.

Só percebendo as fragilidades e consequentemente as áreas que carecem de maior atenção no domínio da cultura de segurança do doente, é que será possível discutir e colocar em prática intervenções que levam ao colmatar dessas mesmas fragilidades.

A melhoria da cultura de segurança do doente é um aspeto central na prática de cuidados de saúde que é da responsabilidade de todos e será uma garantia para um sistema de saúde eficiente e que se traduzirá na excelência e qualidade de cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J.L.A. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). ISBN: 978-989-99426-5-3.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a Segurança do Doente*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-414-1.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- Calabrese, C. (2019). Anesthesia outside the Operating Room. *Eur J Anaesthesiol*; 36: pp. 14-315. DOI: 10.1097/ACO.0b013e3283556f58.
- Carvalhas, J., & Marques, S.C. (2014). Segurança: um longo caminho a percorrer. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 23 (4), 2015, 103-104. DOI: 10.25751/rspa.6231.
- Castilho, A.F.O.M. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: contributos para a política de segurança* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78357>
- Clark, R., & Collins-Yorder, A. (2020). Simulating Rescue Strategies from Procedural Sedation: One Aspect of Competency Validation. *Journal of Radiology Nursing*, 39, 82-85. DOI: 10.1023/a:1011422826240.
- Chang, B., Kaye, A.D., Diaz, J.H., Westlake, B., Dutton, R. P., & Urman, R.D. (2015). Complications of Non-Operating Room Procedures: Outcomes From the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. *Journal Patient Safety*. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000156.
- Chegini, Z., Janati, A., Afkhami, M., Behjat, M., & Shariful, S.M.I. (2020). A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. *Nursing Open*; 7 (3), 768-775. DOI: 10.1002/nop2.449.
- Costa, M.F.S.P. (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, percepção dos profissionais de saúde* (Dissertação de mestrado). Faculdade de

Economia da Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf

Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Diário da República n.º 28/2015 – 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. (2015). Diário da República, n.º 102/2015 – 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Diário da República, nº187 – 2ª série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Diário da República Eletrónico. (2022). Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LGTFP) – Artigo 9º. Lei nº35/2014. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-57466875>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_p_or.p%20df?sequence=4

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Agosto de 2015. Departamento da Qualidade em Saúde, Direção Geral da Saúde, Portugal. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma 001/2017: 08.02.2017. Departamento da Qualidade em Saúde, Direção Geral da Saúde, Portugal. Recuperado de: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma nº 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*,

Lisboa. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação numa Unidade de Radioterapia* (Tese de Doutoramento). Escola de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>

Eiras, M. (2021). Cultura da Segurança do Doente: Novos desafios para uma mudança de paradigma. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 41-50). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.

Esteves, C., & Pinto, D. (2021). Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde para a Segurança do Doente. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 41-50). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.

Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (4), 37-41. DOI: 10.12707/RIII1040.

Fragata, J.I.G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado de arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático*, 17-26. Recuperado de: <https://run.unl.pt/handle/10362/98508>

Freire, R.N. (2017). *Perceção dos Enfermeiros acerca da Cultura de Segurança do Doente Hospitalizado* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Recuperado de: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:6410>

Garcia, C.R.F. (2015). *Cultura da segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona Centro* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. Recuperado de: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2838>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil – E.P.E., Serviço de Anestesiologia (2017). *Procedimentos 2017. Procedimentos e protocolos em anestesia clínica e analgesia do pós-operatório*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <http://www.oncoanestesia.org/wp-content/uploads/2018/02/Procedimentos-2017.pdf>

- Ishida, J.P., & Oliveira, D.A. (2019). *Um estudo sobre a Gestão da Qualidade: conceitos, ferramentas, custos e implantação*. ETIC – Encontro de Iniciação Científica, Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo, Brasil. ISSN: 21-76-8498.
- ISO. (2015). Guia do utilizador ISO 9001:2015. APCER, Portugal. Recuperado de: <https://go.apcergroup.com/iso9001>
- Jayaraman, L., Sethi, N.O., & Sood, J. (2010). Anaesthesia Outside the Operating Theatre. *Update in Anaesthesia*, 37-41. Recuperado de: <https://clinicalgate.com/anaesthesia-outside-the-operating-theatre>
- Jensen, J.T., Vilmann, P., Horsted, P., Bodtger, U., Banning, A., & Hammering, A. (2011). Nurse-administered propofol sedation for endoscopy: a risk analysis during implementation phase. *Endoscopy*, 43 (8), 716-722. DOI: 10.1055/s-0030-1256515.
- Kiekkas, P. (2015). Anesthesia Outside the Operating Room in Adults: a Matter of Safety? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(1), 82-84. DOI: 10.1016/j.jopan.2014.11.001.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I.A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN: 9789289071932.
- Lemay, A., Shyn, P.B., Foley, R., Beutler, S.S., Silverman, S.G., & Urman, R.D. (2015). A Procedural Sedation Quality Improvement Audit Form Tool for Interventional Radiology. *Topics in Perioperative Medicine*, 44-47. PMID: 26062317.
- Lemos, C.S., & Peniche, A.C.G. (2016). Assistência de enfermagem no procedimento anestésico: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 50 (1), 158-166. DOI: 10.1590/S0080-623420160000100020.
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota L. & Príncipe F. (2018). Percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência 2018, Série IV* (19), 99-106. DOI: 10.12707/RIV18023.
- Madeira, A.M. (2012). *A Cultura de Segurança no Bloco Operatório: como cuidamos da segurança dos doentes* (Tese de Mestrado). ISCTE Business School, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://www.iscte-iul.pt/tese/4629>
- Metzner, J., & Domino, K. (2010). Risks of anesthesia or sedation outside the operating room: the role of the anesthesia care provider. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(4), 523-531. DOI: 10.1097/ACO.0b013e32833b7d7c.

- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12 (Supl.2), 17-23. DOI: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17.
- Nociti, J.R. (1999). Evolução dos Conceitos em Anestesiologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 49(2), 83. Recuperado de: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/anestesiologia-historia-e-conceitos-basicos/>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Instituto Politécnico de Setúbal, Departamento de Enfermagem, Portugal. ISBN: 978-989-98206-1-6.
- Oliveira, O.J. (2020). *Gestão da qualidade: tópicos avançados*. São Paulo: Cengage Learning. ISBN: 9788522103867.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Estatística de Enfermeiros - Anuário Estatístico 2021. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/estat%C3%ADstica-2021/>
- Ordem dos Médicos. (2019). *Colégio de anestesiologia: Estudos avançados anestesiologia fora do bloco operatório*. Porto, Portugal. Recuperado de: <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Estudos-Avanc%C3%A7ados-em-Anestesiologia-Fora-do-Bloco-Operat%C3%B3rio-CHUP-vs.11Jan19.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2020). *Colégio de Anestesiologia: Recomendações sobre Procedimentos de Sedação e Analgesia*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <https://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2020/09/Recomendac%C3%A7%C3%B5es-Sedac%C3%A7%C3%A3o-e-Analgesia.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2022). A Ordem: Estatísticas Nacionais. Recuperado de: <https://ordemosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. ISBN 978-92-4-000570-9.
- Paiva, I.C.S. (2019). *Cuidados de Enfermagem Omissos: percepções dos enfermeiros de um hospital de oncologia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Recuperado de: <http://web.esenfc.pt/?url=1gvzaXgE>

- Palli, G.M., Ubré, M., Rivas, E., Blasi, A., Borrat, X., Pujol, R., ... Balust, J. (2011). Consolidación de un modelo assistencial basado en un equipo de anestesia: Experiencia en más de 12.000 casos de una Unidad de Endoscopia Digestiva. *Revista española de anestesiología e reanimación*. 58 (7), 406-411. DOI: 10.1016/S0034-9356(11)70103-7.
- Pavão, A.L.B., Matos, S., Silva, E., Laguardia, J., Doellinger, V., Curi, E., Casali, T., ... Nunes, R. (2019). Eventos adversos em anestesiologia: análise por meio da ferramenta *Logbook* usada por médicos em especialização no Brasil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69 (5), 461-468. DOI: 10.1016/j.bjane.2019.06.006.
- Pedroso, E., Ramos, S., & Barroso, F. (2021). Relato de Incidentes. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 135-145). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.
- Pinto, J. R. L., & Sarnadas, L.L. (2020). Tradução e adaptação do *Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture* para a cultura portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (1), 1-10. DOI: 10.12707/RIV19062.
- Pires, S., Ramos, S., & Barroso, F. (2021). Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 31-40). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª edição). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978-85-8271-489-8.
- Pordata (2022). *Dados estatísticos. Pessoal de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos*. Recuperado de: <https://www.pordata.pt/municipios/profissionais+de+saude+medicos++dentistas++enfermeiros+e+farmaceuticos-442>
- Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, 20(3). DOI: 10.5935/1414-8145.20160079.
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do Doente: Princípios e conceitos. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 3-10). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.

- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Diário da República nº 26/2019, Série II de 2019-02-06; pp. 4744-4750. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019. (2019). Diário da República nº184/2019, Série II de 2019-09-25, pp. 128-155. São Paulo, Brasil: Artmed Editora, S.A. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Diário da República nº 135/2018, Série II de 2018-07-16; pp.19359-19370. Recuperado de: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Rockville, W., Famolaro, T., Yount, N.D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., & Sorra, J. (2016). Hospital survey on patient safety culture: 2016 User comparative database report. Recuperado de: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf
- Santos, M. C., & Grilo, A.M. (2021). Comunicação e Gestão da Informação Para a Segurança do Doente. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Ed.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 63-77). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.
- Silva, E.M.B., Pedrosa, D.L.L., Leça, A.P.P.C., & Silva, D.M. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (9), 87-95. DOI: 10.12707/RIV16007.
- Silva, R. (2019). *Cultura de segurança do doente no Bloco Operatório: subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal. Recuperado de: https://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2272/1/Ricardo_Silva.pdf
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture: surveys user's guide*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. Recuperado de: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
- Sousa, M.J., & Baptista, C.S. (2014). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios* (5ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-893-001-1.
- Sousa, L.M.M, Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista*

Investigação em Enfermagem, 21 (2ª série), 17-26. Recuperado de:
<https://www.researchgate.net/publication/321319742>

Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN: 9789898075345.

Werthman, J.A., Maxwell, C.A., Dietrich, M.S., Jordan, L.M., & Minnick, A.F. (2021). Moderate Sedation Education for Nurses in Interventional Radiology to Promote Patient Safety: Results of a National Survey. *Journal of Radiology Nursing*, 40, 49-55. DOI: 10.1016/j.jradnu.2020.10.007.

Youn, A.M., Ko, Y.K., & Kim, Y.H. (2015). Anesthesia and sedation outside of the operating room. *Korean J Anesthesiology*, 68(4), 323-331. DOI: 10.4097/kjae.2015.68.4.323.

Vari, A., & Gangi, A. (2017). Anesthesia Practices for Interventional Radiology in Europe. *CardioVascular & Interventional Radiology*, 40(6), 803–813. DOI: 10.1007/s00270-017-1576-6.

Vogus, T., Sutcliffe, K.M., & Weick, K.E. (2010). Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care. *Academy of Management Perspectives*, 24 (4), 60-77. DOI: 10.5465/amp.2010.24.4.3652485.a.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de autorização à autora da tradução e validação para Portugal do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture

Exma. Sr.^a Dr.^a Margarida Eiras

Patrícia Joana Fortunato França Simões, portadora do cartão de cidadão 12183491 3ZY6, membro da Ordem dos Enfermeiros n.º 48653, enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, estudante do XIV Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e do XI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, irá dar início à primeira fase do trabalho de investigação realizado no âmbito do seu programa de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor Luís Sarnadas.

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal, intitulado “Cultura de Segurança do Doente em Unidades com procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório”. Este estudo visa caracterizar a cultura de segurança em unidades onde se realiza anestesia fora do bloco operatório. Para a sua concretização pretendemos utilizar para recolha de dados a versão portuguesa do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Questionário sobre a Cultura de Segurança dos Doentes) da *Agency Healthcare Research and Quality* e realizar uma entrevista por nós elaborada.

Por este motivo vimos solicitar a V. Ex.^a autorização para a utilização do Questionário sobre a cultura de Segurança dos Doentes. Teremos todo o gosto em disponibilizar posteriormente os resultados finais do estudo em questão.

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Sem outro assunto, aguarda-se deferimento.

Melhores cumprimentos,

Coimbra, 18 de setembro de 2021.

Patrícia Joana F. F. Simões

----- Mensagem de Margarida Eiras <[REDACTED]> -----

Data: Sun, 19 Sep 2021 17:53:06 +0100

De: Margarida Eiras <[REDACTED]>

Assunto: Re: Pedido de autorização do questionário sobre Cultura de Segurança do Doente

Para: patricia.joana@sapo.pt

Cara colega

Muitos parabéns pela escolha do tema.

É com satisfação que autorizamos a utilização do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente em ambiente hospitalar.

Junto a versão em word para facilitar.

Melhores cumprimentos,
Margarida Eiras, PhD

APÊNDICE II – Pedido de autorização à Comissão de Investigação e Ética do Hospital

Exma. Sr.^a

[REDACTED]

Presidente do Conselho de Administração
do [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

Eu, Patrícia Joana Fortunato França Simões, enfermeira, a exercer funções no serviço de Pneumologia do IPOFG, com número mecanográfico 3265, e estudante do XI Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho, por este meio, solicitar autorização para a realização do trabalho de investigação intitulado “**Cultura de Segurança do Doente em Unidades com procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório**”, sob orientação do Prof. Luís Leitão Sarnadas, no [REDACTED].

Trata-se de um estudo quantitativo, que tem como objetivos: caracterizar a cultura de segurança percebida pelos profissionais de saúde em unidades onde se realizam procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório. Com o intuito de analisar e propor possíveis sugestões de melhoria.

Para concretização do presente estudo é necessário fazer a colheita de dados, através de um questionário aos profissionais (enfermeiros, médicos não anestesistas e médicos anestesistas) que trabalham nos serviços de Braquiterapia, Gastrenterologia, Ginecologia e Pneumologia [REDACTED].

Assume-se o compromisso de manter o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como de não interferir com a dinâmica normal de funcionamento do serviço. Após a conclusão deste trabalho, os resultados da investigação serão facultados à instituição.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 27 de dezembro de 2021

Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

Secretariado do Conselho de Administração do

[REDACTED] >

seg, 14/03/2022 09:26

Para:

- PATRICIA JOANA FORTUNATO FRANCA SIMOES <[REDACTED]>

Cc:

[REDACTED]

Exma. Senhora

Enf.ª Patrícia Joana Simões

Serviço de Pneumologia,

Em resposta ao V. pedido de autorização para realização do Projeto de Investigação intitulado: “Cultura de Segurança do Doente em Unidades com procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório”, incumbe-me o Conselho de Administração do [REDACTED] de informar que o mesmo foi aprovado.

Mais se informa que, qualquer publicação ou divulgação deverá fazer referência à colaboração do [REDACTED].

Após a sua conclusão, os resultados do estudo deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Assistente Técnica /Secretariado do Conselho de Administração

[REDACTED]

TEL: [REDACTED]

APÊNDICE III – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para preenchimento de questionário



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Serve o presente documento para solicitar o consentimento do Sr.(a) Enfermeiro(a) a participar no trabalho de investigação que procura compreender a perceção dos enfermeiros acerca da segurança do doente em procedimentos anestésicos fora do bloco operatório.

Título: “Cultura de Segurança do Doente em Unidades com procedimentos anestésicos fora do Bloco Operatório”.

Investigador: Patrícia Joana Fortunato França Simões, enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e estudante do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Contactos: 964287022 ou patricia.joana@sapo.pt.

Explicação do estudo: Esta investigação tem como principais objetivos: Caracterizar a cultura de segurança do doente percecionada pelos profissionais das unidades em que se realiza anestesia fora do bloco operatório num hospital de oncologia; identificar os pontos fortes da cultura de segurança do doente nestas unidades; identificar oportunidades de melhoria da cultura de segurança nestes contextos.

Com este estudo pretende-se refletir sobre as práticas diárias por forma a melhorar os cuidados prestados ao doente submetido a procedimentos que impliquem anestesia fora do bloco operatório. É por isso fundamental a sua participação!

A recolha de dados será efetuada através do Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes-versão portuguesa (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*), desenvolvido em 2004 pela Agência Norte-Americana para a Qualidade e Investigação em Saúde e adaptado e validado para a população portuguesa pela Dr.^a Margarida Eiras em 2009. Este questionário foi concebido para avaliar a CSD em meio hospitalar, na perspetiva dos profissionais de saúde.

Desta forma, será solicitada a sua colaboração para preenchimento do referido questionário, tendo esta uma duração estimada entre 10 a 15 minutos.

O presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da instituição em que o estudo está a ser desenvolvido.

A sua participação é voluntária, podendo solicitar a saída do estudo em qualquer fase do mesmo sem nenhuma penalização. Este estudo não lhe trará qualquer despesa, risco ou dano.

A privacidade e anonimato dos participantes estão assegurados em todas as fases da investigação. A confidencialidade das informações está garantida, mesmo se o estudo for publicado. Os dados colhidos serão unicamente utilizados para o âmbito académico desta investigação.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração!

(Patrícia Joana Fortunato França Simões)

PEDIDO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter lido e compreendido a informação acima exposta, bem como ter tido a oportunidade de ter esclarecido quaisquer dúvidas acerca da mesma. Foi-me garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo, sem que daí decorresse qualquer penalização ou consequência para mim.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

APÊNDICE IV – Instrumento de colheita de dados (Questionário para caracterização de dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e questionário de avaliação da cultura de segurança do doente - versão portuguesa)

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Caro participante:

Venho desta forma solicitar a sua gentil e valiosa colaboração, contribuindo para o meu Trabalho de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a sua concretização, torna-se importante conhecer sucintamente o ambiente de trabalho e algumas características pessoais dos participantes, através do questionário que a seguir se apresenta.

As respostas são anónimas. Poderá deixar a sua resposta, em envelope fechado ou entregar-me pessoalmente.

Subscrevo-me com estima e consideração,

Patrícia Simões

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade:

____anos.

2. Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

3. Estado Civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

4. Grupo profissional:

Enfermeiro ☐

Médico não anestesista ☐

Médico anestesista ☐

5. Habilitações Académicas:

☐ Bacharelato ou equivalente ☐ Licenciatura ou equivalente ☐ Mestrado

☐ Doutoramento

Se sim, especifique: _____

6. Anos de Profissão:

_____anos

7. Anos neste Serviço:

_____anos

8. Vínculo Profissional:

☐ Contrato de Trabalho de Funções Públicas (tempo indeterminado) ☐ Contrato de Trabalho de Funções Públicas a termo ☐ Contrato Individual de Trabalho

9. Horas de trabalho, em média, por semana no serviço:

_____ horas.

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR SOBRE POLÍTICA DE SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências do Hospital onde trabalha. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública sobre Segurança do Doente. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente. A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Leia atentamente a escala de resposta e preencha apenas uma.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

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

SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo fortemente.

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

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo fortemente.

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

SECÇÃO C: Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no Serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 - Por vezes; 4 - A maioria das vezes; 5 – Sempre.

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

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 - Por vezes; 4 - A maioria das vezes; 5 – Sempre.

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

SECÇÃO E: Grau de segurança do doente

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

Excelente Muito Boa Aceitável Fraca Muito Fraca

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

SECÇÃO F: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu Hospital. Utilize para isso a escala indicada: 1 - Discordo fortemente; 2 – Discordo; 3 - Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 - Concordo fortemente.

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

SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

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

Nenhum ☐

1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências ☐

3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências ☐

6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências ☐

11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências ☐

21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências ☐