

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**


**Área de Especialização  
de Gestão em Enfermagem**

**Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados  
Continuados Integrados, na perspetiva do Enfermeiro  
Gestor**

**Mafalda Sofia Cardoso Inácio**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização  
de Gestão em Enfermagem

**Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados  
Continuados Integrados, na perspetiva do Enfermeiro  
Gestor**

**Mafalda Sofia Cardoso Inácio**

**Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas**

**2014**



## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste trabalho não seria possível sem a colaboração, orientação, apoio e incentivos de várias pessoas. Deste modo, este espaço é dedicado a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, ficando aqui os meus agradecimentos:

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, orientador desta dissertação, pela forma como orientou o meu trabalho, pelos conhecimentos transmitidos e disponibilidade.

A todos os Enfermeiros que tornaram possível a realização da investigação.

Aos meus pais que me acompanharam ao longo deste processo.

Aos amigos, familiares e colegas, que me acompanharam, fizeram parte deste percurso e que também contribuíram de alguma forma para chegar até aqui.

## RESUMO

A segurança do cliente, considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, constitui uma problemática complexa que requer uma análise pormenorizada dos mecanismos e situações envolvidas neste processo. Esta é uma questão importante nas organizações, sendo internacionalmente reconhecida, como uma componente chave da qualidade dos cuidados. Aplicado à prestação de cuidados, a presença de uma cultura de segurança nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI's) é um conceito que tem que estar presente quando falamos na segurança do cliente. Em Portugal, existe ainda pouca investigação neste domínio, constituindo-se esta temática como uma preocupação urgente e global. Desta forma, reconhece-se a importância da criação e manutenção de uma cultura de segurança. Tendo por base estes pressupostos, a questão de partida que orienta o presente estudo é a seguinte: Qual a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal?

Dada a natureza da problemática, este estudo assenta num estudo quantitativo, observacional-descritivo e transversal, ao qual foi aplicado o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) para avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Por conseguinte pretende-se identificar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da CS dos clientes nas UCCI's; Caracterizar a CS percebida pelos profissionais de saúde nas UCCI; Identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da CS do cliente nas UCCI's. De forma, a contextualizar o estudo foi realizada uma revisão sistemática da literatura, assente nos conceitos a abordar, sendo os principais: Cultura de Segurança; Segurança do utente; Cuidados Continuados Integrados.

Dos resultados conclui-se que os profissionais percebem que os clientes são bem tratados nas UCCI's em estudo, que as organizações reconhecem o erro, desenvolvem estratégias para a sua resolução e antecipam a ocorrência do mesmo antes que este cause dano ao cliente, garantindo que aprende com a experiência. No entanto, esta aprendizagem afigura-se ineficaz, pois a notificação do erro, ainda parece perpetuar num ambiente punitivo, onde alguns profissionais sentem que o erro está associado à culpabilização. Esta constitui uma barreira importante para o avanço de uma cultura de segurança e um sério desafio para a segurança do cliente.

**Palavras-chave:** Cultura de Segurança; Segurança do utente; Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados.

## ABSTRACT

Patient safety is a globally serious public health problem and is a complex problematic that requires a detailed analysis of the mechanisms involved in this process and situations. This is an important issue in the organizations and is internationally recognized as a key component of quality of care. Applied to the health care, the presence of safety culture in nursing homes is a concept that must be present, when we talk on patient safety. In Portugal, there is a little research in this area, constituting this issue as an urgent global concern. Thus, we recognize the importance of creating and maintaining a safety culture. Based on these premises, the question that guides this study is: What is the Safety Culture of Nursing homes in Portugal?

Given the nature of the problematic, this study is based on a quantitative, descriptive-observational and transversal study, to which was applied the questionnaire *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), developed by the *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) to evaluate the Patient Safety Culture of Nursing Homes. Therefore it is intended identify the factors that contribute to the development of patient safety culture in nursing homes; characterize the perceived safety culture by health care professionals in nursing homes; identify strengths and areas for improvement of patient safety culture in nursing homes. In order to contextualize the study, a systematic literature review was performed, based on the main concepts: *safety culture; Patient safety; Nursing Homes*.

Through the results, it is perceived that health care professionals feel that patients are well care in the nursing homes in study, that the organization recognizes the error, develops strategies to resolve the error and anticipates their occurrence before it causes harm to the patient, ensuring that organization learns from experience. However, this learning appears to be ineffective, because the notification of the error still perpetuate in a punitive environment, where some health care professionals feel that the error is associated to blame. This constitutes a major barrier to the advancement of a safety culture and a serious challenge to the patient safety.

**Key-words:** *Safety culture; patient safety; Patient Safety Culture; Long-Term Care; Long-Term Care Units.*

## **ABREVIATURAS**

**ed.** – edição

**nº** – número

**p.** – página

**vol.** – volume

## **SIGLAS**

**AHRQ** – Agency for Healthcare Research and Quality

**ANA** - American Nurses Association

**CS** – Cultura de Segurança

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EA** – Evento Adverso

**EAM** - Eventos Adversos Medicamentosos

**EUA** - Estados Unidos da América

**IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ICN** - International Council of Nurses

**IOM** - Institute of Medicine

**LTC** - Long-Term Care

**NHSPSC** - Nursing Home Survey on Patient Safety Culture

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCCI** - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

**WHO** – World Health Organization

# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ABREVIATURAS	vi
SIGLAS	vi

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
-------------------	----------

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

<b>1. A SEGURANÇA DO CLIENTE</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Eventos Adversos</b>	<b>7</b>
1.1.1. Eventos Adversos Medicamentosos	11
<b>1.2 A segurança do cliente e a gestão do risco</b>	<b>12</b>
1.2.1. Notificação de Eventos Adversos	12
1.2.2. Divulgação do Erro	15
<b>2. CULTURA DE SEGURANÇA</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Organizações de Referência</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Avaliação da Cultura de Segurança</b>	<b>20</b>
<b>2.3. Características da Cultura de Segurança</b>	<b>22</b>
<b>2.4. Fatores que contribuem para a Cultura de Segurança</b>	<b>23</b>
<b>2.5. Passos para uma implementação de sucesso</b>	<b>24</b>
<b>2.6. Cultura de segurança e a Qualidade dos Cuidados</b>	<b>25</b>
<b>2.7. Cultura de Segurança e a Gestão em Enfermagem</b>	<b>26</b>
<b>3. A CULTURA DE SEGURANÇA DO CLIENTE NO CONTEXTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b>	<b>28</b>

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

<b>1. TIPO DE ESTUDO</b>	<b>36</b>
<b>2. POPULAÇÃO-ALVO</b>	<b>36</b>
<b>3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
<b>4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	<b>37</b>

<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>38</b>
--	-----------

<b>CONCLUSÕES</b>	<b>66</b>
-------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>69</b>
---------------------	-----------

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Pedidos de Autorização à Direção de Enfermagem das UCCI's, para a realização do Estudo de Investigação;

**ANEXO II** – Autorizações da Direção de Enfermagem para a realização do Estudo de Investigação;

**ANEXO III** – Questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC);

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição total de respondentes por UCCI	39
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição por género	39
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição por Idade	40
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição por grupo profissional	40
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição pelo tempo que trabalham na UCCI	41
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição pelo número de horas que os respondentes trabalham por semana	41
<b>Gráfico 7</b> - Distribuição por frequência de turno	42
<b>Gráfico 8</b> - Distribuição por entidade que é pago	42
<b>Gráfico 9</b> - Distribuição por interação direta com o cliente	42
<b>Gráfico 10</b> - Distribuição por unidade de trabalho	43
<b>Gráfico 11</b> - Avaliação Global da Unidade	43
<b>Gráfico 12</b> - Recomendação da unidade aos amigos	44
<b>Gráfico 13</b> - Distribuição pelas 12 dimensões da CS	45
<b>Gráfico 14</b> - Itens com percentagens mais baixas de respostas positivas	47
<b>Gráfico 15</b> - Itens com maior taxa de respostas positivas	48
<b>Gráfico 16</b> - Maior taxa de respostas positivas dos enfermeiros e dos gestores	48
<b>Gráfico 17</b> - Menor taxa de respostas positivas dos enfermeiros e dos gestores	49
<b>Gráfico 18</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Trabalho de Equipa	51

<b>Gráfico 19</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Pessoal	52
<b>Gráfico 20</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Conformidade com os procedimentos	53
<b>Gráfico 21</b> - Distribuição das respostas face à dimensão formação e capacitação da equipa	55
<b>Gráfico 22</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Resposta não punitiva a erros	56
<b>Gráfico 23</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Transmissão de informação nas passagens de turno	58
<b>Gráfico 24</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes	59
<b>Gráfico 25</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Abertura para a comunicação	60
<b>Gráfico 26</b> - Distribuição das respostas face à dimensão Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente	61
<b>Gráfico 27</b> - Perceção geral da segurança do residente	62
<b>Gráfico 28</b> - Apoio da gestão para a segurança do residente.	63
<b>Gráfico 29</b> - Aprendizagem organizacional	64

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição pelas 12 dimensões da CS.....	45
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos itens pelas 12 dimensões da CS segundo a perceção dos gestores e enfermeiros .....	49

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, tem vindo a verificar-se uma crescente preocupação em redor da segurança do cliente ao nível dos cuidados de saúde (Doran, 2011). A segurança do cliente é um problema de saúde pública (WHO, 2008a; Sousa, 2006), que afeta países em todos os níveis de desenvolvimento (WHO, 2008a). Esta é uma questão importante nas organizações (Feng, Bobay e Weiss, 2008), sendo internacionalmente reconhecida (Sousa, 2006) como uma componente chave da qualidade dos cuidados (Sousa, Uva e Serranheira, 2010; Ministério da Saúde, 2009; AHRQ, 2004; IOM, 2000). Sabendo que a prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa e de risco para os clientes (Fragata, 2009; WHO, 2002; Campos, Carneiro e Saturno, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2007), garantir a segurança de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde é um dos desafios mais importantes que a saúde enfrenta hoje em dia (ECRI Institute, 2009). Entre as várias iniciativas desenvolvidas relacionadas com a segurança do cliente, foi a publicação do relatório “*To Err is Human*” pelo *Institute of Medicine* (1999), que alertou a comunidade científica para os erros provenientes da prestação de cuidados de saúde, estimando que estes causam entre 44.000 a 98.000 mortes por ano nos hospitais dos EUA. A este propósito a WHO (2008a) aponta que aproximadamente um em cada dez clientes é prejudicado enquanto recebe cuidados de saúde em contexto hospitalar. No relatório «Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS» os autores acentuam esta proporção estimando que “em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes” (Ministério da Saúde, 2009, p.16), dos quais 45 % são considerados evitáveis (Fernandes e Queirós, 2011).

A capacidade de uma organização evitar danos ao cliente, só será conseguida quando esta for capaz de criar uma cultura de segurança (CS) entre os seus colaboradores (Nieva e Sorra, 2003) pois este conceito desempenha um papel fundamental na forma como os erros são detetados e processados (IOM, 2000). Deste modo, associado à segurança do cliente surge sempre o conceito de CS, uma vez que se trata de um modelo integrado de comportamentos individuais e organizadores, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido para minimizar os danos aos clientes que podem resultar da prestação de cuidados (WHO, 2007). Assim, a CS assume-se como um elemento chave na melhoria da segurança do cliente (AHRQ, 2010; Singer et al., 2003; IOM, 2000) devendo ser uma prioridade em todas as organizações preocupadas com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados (Carneiro, 2010). Nos últimos anos, a CS do cliente tem dominado a agenda das políticas de

saúde a nível mundial, particularmente na Europa, EUA e na Austrália, sendo igualmente assunto central na estratégia de várias organizações internacionais (Sousa, 2006). A criação e o desenvolvimento de uma CS nas organizações de saúde, foi uma das quatro recomendações feitas pelo IOM (2000) para melhorar a segurança do cliente e pertence à primeira das sete categorias funcionais descrita no documento *Safe Practices for Better Healthcare*.

As organizações com a presença de uma CS positiva reconhecem a inevitabilidade do erro, procuram de forma proactiva identificar ameaças latentes (Nieva e Sorra, 2003) e incentivam os profissionais a notificarem os erros (Doran, 2011) pois no decurso da prestação de cuidados, há sempre a possibilidade de este cometer um erro. Para tal, a organização não deve culpabilizar os profissionais pelo seu mau desempenho mas sim reunir a informação apropriada e continuar a questionar o porquê que aconteceu (ECRI Institute, 2009) por forma a aprender com o erro (IOM, 2000; Nieva e Sorra, 2003; WHO, 2005a; Doran, 2011) e aumentar a segurança do cliente (Page, 2004). Contudo, substituir uma cultura de culpabilização por uma cultura justa centrada na segurança requer um compromisso organizacional e de mudança (Scott-Cawiezell et al., 2006) nas atitudes por parte da organização e pessoas (Page, 2004), sendo os líderes fundamentais para o desenvolvimento bem-sucedido da mesma (Sammer et al., 2010; Wagner, Capezuti e Rice, 2009).

Um sistema de notificação pode ajudar a direcionar esforços de melhoria e mudanças no sistema para reduzir a probabilidade de causar danos a futuros clientes (WHO, 2005a). A CS é dos objetivos que orienta a intervenção da gestão do risco, pelo que estes dois conceitos se encontram intimamente relacionados. Um sistema de gestão do risco eficiente permite melhorar a qualidade das organizações, culminando na implementação de uma cultura orientada para a segurança do utente (Santos, Benito, Silvério, Silva e Lucas, 2012; ECRI Institute, 2009). Desta forma, uma boa gestão do risco clínico é crucial para a promoção da segurança dos utentes (Ministério da Saúde, 2009) através de um conjunto de medidas e, logo assim, melhorar a qualidade de prestação de cuidados de saúde (Fragata, 2009). No contexto da prestação de cuidados continuados integrados, medir a qualidade dos cuidados prestados é fundamental para que se possa uniformizar procedimentos e introduzir sistemas de melhoria contínua (Entidade Reguladora da Saúde, 2013). E, sabendo que a qualidade faz parte integrante da prática de enfermagem, os enfermeiros devem dotar a prestação de cuidados de elevados níveis de exigência e segurança nas UCCI's. Deste modo, a missão do profissional de saúde consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e

baseados na melhor evidência disponível (Sousa, Uva, Serranheira, 2010), para que o cliente das UCCI receba os melhores cuidados com base nas melhores competências do enfermeiro e alcançar a excelência dos cuidados.

Num contexto de preocupação global com a segurança do cliente, a avaliação da CS nas UCCI's assume-se como uma problemática urgente e de extrema importância com necessidade de avanços na investigação pois existem ainda poucos estudos neste domínio, quer a nível nacional e internacional. Neste sentido, o presente estudo de investigação pretende explorar e atender a esta necessidade, por forma a amplificar conhecimentos e constructos sobre a CS nas UCCI's em Portugal, com vista à excelência dos cuidados através da melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados. Da análise e reflexão de toda esta problemática emerge a questão de investigação, que orientará o presente estudo: Qual a CS das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal? Para dar resposta a esta questão, foi feita uma revisão sistemática da literatura, de acordo com os seguintes descritores: *Cultura de Segurança/Safety culture*; *Segurança do utente/patient safety*; *Cuidados Continuados Integrados/Long-Term Care*; *Long-Term Care Units*; *Nursing Homes*. A revisão bibliográfica resultou da pesquisa na *MEDLINE With Full Text*; *CINHAL Plus With Full Text* e *Cochrane Database of Systematic Reviews* (via EBSCO-HOST). Esta revisão foi estendida à bibliografia de outros artigos e a organizações de referência.

O objetivo geral deste estudo visa, avaliar a CS das Unidades de Cuidados Continuados Integrados. E, os objetivos específicos são os seguintes: Identificar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da CS dos clientes nas UCCI's; Caracterizar a CS percebida pelos profissionais de saúde nas UCCI; Identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da CS do Cliente nas UCCI's. Para tal, neste estudo de investigação será aplicado a todos os profissionais que trabalham na UCCI, o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) para obter a opinião dos respondentes sobre a CS da organização neste contexto. Este instrumento permite consciencializar os profissionais de saúde sobre as questões de segurança do cliente, avaliar o estado da CS, identificar pontos fortes e áreas de melhoria, avaliar o impacto das iniciativas de melhoria da segurança do cliente, examinar a evolução das mudanças de CS ao longo do tempo e ainda, permite facilitar comparações com outras *nursing homes* sobre a CS (AHRQ, 2010).

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## 1. A SEGURANÇA DO CLIENTE

A segurança do cliente tem vindo a adquirir diferentes significados ao longo do tempo no contexto da qualidade dos cuidados de saúde, existindo inúmeras definições deste conceito, sendo conceptualizado de formas distintas. Deste modo, a delimitação deste conceito é uma tarefa complexa. O *institute of medicine* (1999) define a segurança do cliente como a ausência de lesões acidentais. O glossário da *Agency for Healthcare Research and Quality* expande esta definição para a ausência de lesões acidentais ou preveníveis derivadas de cuidados médicos. E, acrescentam ainda que, as práticas ou intervenções que melhorem a segurança do cliente são aquelas que reduzem a ocorrência de EA evitáveis. Para a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade”.

A agência do Reino Unido *National Patient Safety Foundation* (2013), criada em 1997, com o objetivo de melhorar a segurança dos cuidados prestados aos clientes define este conceito como a prevenção de erros nos cuidados de saúde, e a eliminação ou mitigação de danos ao cliente, derivados de erros clínicos. No âmbito desta temática, elaborou um documento, intitulado de “*Seven Steps to Patient Safety in General Practice*” onde descreve os sete passos fundamentais para melhorar a segurança do cliente e evitar o dano, sendo o primeiro dos setes passos, a construção de uma CS aberta, justa e não punitiva; o segundo passo é liderar e apoiar a equipa em torno da segurança do cliente; o terceiro é integrar as atividades de gestão do risco; o quarto é promover a notificação de eventos adversos (EA’s); o quinto é envolver e comunicar com os clientes e o público; o sexto é aprender e partilhar lições de segurança, no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu; e, por ultimo, o sétimo é implementar soluções para prevenir situações que provoquem dano no cliente (*National Patient Safety Agency*, 2009).

Também o *National Quality Forum* (2009) descreve sete categorias funcionais para melhorar a segurança do cliente, no documento *Safe Practices for Better Healthcare*. Distribuídas por estas sete categorias encontram-se 34 práticas de segurança que a evidência demonstrou que pode reduzir ou prevenir EA e erros médicos, devendo estas ser aplicadas em todas as organizações de saúde de forma a reduzir o risco e dano ao cliente. A criação e manutenção de uma CS do cliente é a primeira categoria enunciada, onde constam quatro práticas de segurança: as estruturas e os sistemas de liderança; a medição da cultura; o

feedback e as intervenções; formação da equipa e o desenvolvimento de habilidades; e a identificação e redução dos riscos e ameaças (National Quality Forum (2009)).

A Organização Mundial de Saúde harmonizou e agrupou os conceitos de segurança do cliente numa classificação internacionalmente aceite com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do cliente, em todos os sistemas de saúde (DGS, 2011), e define-a como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados e saúde, para um mínimo aceitável (WHO, 2009). No mesmo ano, publicou o relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, onde identifica áreas prioritárias de investigação, de acordo com o nível de desenvolvimento de cada país, fornecendo um foco importante e um ponto de partida para a investigação global sobre a segurança do cliente. Entre as áreas identificadas, para os países desenvolvidos, estão a deficiente implementação da CS nos serviços de saúde e a existência de uma abordagem culpabilizante nos processos (WHO, 2009a). Em 2007, também disponibilizou um documento com nove soluções para a segurança do cliente, por forma a serem utilizadas e adaptadas pelas organizações, para estas redesenharem os processos de prestação de cuidados e torna-los mais seguros. Neste documento, as soluções apresentadas, chamam atenção para a segurança do cliente e para melhores práticas que podem reduzir os riscos para os clientes.

O *International Council of Nurses* (ICN) (2012) acredita que o reforço da segurança do cliente envolve uma ampla gama de ações, tais como, o recrutamento, a formação e diminuição do turnover dos profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão de riscos, incluindo o controlo de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), utilização segura de medicamentos, uma prática clínica segura, ambiente de cuidados seguros, e ainda, a acumulação de um corpo integrado de conhecimentos científicos focados na segurança do cliente e uma infra-estrutura para dar suporte ao desenvolvimento.

A profissão de enfermagem implica uma preocupação constante com a segurança dos clientes. Se atentarmos à história, verificamos que a segurança do cliente tem atravessado a história de enfermagem, começando por ser alvo de preocupação dos cuidados de Florence Nightingale, no século XIX. No seu livro, intitulado de *Notes on Hospitals*, publicado em 1863, a autora enuncia que «o primeiro requisito num hospital é não causar nenhum dano ao doente». Nightingale debateu-se por uma enfermagem segura propondo que os enfermeiros através da sua prática colocassem o cliente na melhor condição possível, para a natureza poder agir sobre ele (Ballard, 2003). Na Guerra da Crimeia (1854-56), Nightingale conduziu

os primeiros estudos sobre os resultados da prestação de cuidados. A compreensão de Nightingale sobre o que hoje denominamos de segurança do cliente, cresceu a partir das suas próprias experiências de EA nos cuidados de saúde (Woodward, 2011). Segundo, o autor supracitado, Nightingale através daqueles que morreram desnecessariamente, aprendeu o que minimizava os riscos e os danos aos clientes. A eficácia das suas medidas traduziu-se na redução da mortalidade dos soldados britânicos, isto porque Florence preocupava-se não só com os doentes e feridos de guerra, mas também com as condições ambientais que influenciam a saúde (Silva, Fradinho, Malta, Serra e Amorim, 2007).

A “teoria de Nightingale centrava-se no ambiente” (Marriner-Tomey e Raile Alligood, 2004, p.76), colocando ênfase no ambiente físico. No seu livro “*Notes on Nursing*” definiu e descreveu, em pormenor, os conceitos de ventilação, calor, luz, dieta, limpeza e barulho, como sendo elementos externos ao cliente que afetam a sua saúde e o seu processo de cura. Deste modo, os cuidados de enfermagem empreendidos, relacionaram-se não só com os atos curativos, mas também com cuidados de higiene, preparação de alimentos, arranjo de roupas, e cuidados de saneamento, porque a maioria dos feridos morria não por causa dos ferimentos, mas pelas infeções motivadas por falta de condições sanitárias (Silva, Fradinho, Malta, Serra e Amorim, 2007). Para Nightingale, o enfermeiro tinha que controlar o ambiente para proteger o doente de danos físicos e psicológicos.

Assim, garantir a segurança de todos os clientes que entram em contacto com as organizações de saúde é um dos desafios mais importantes (Emslie, Knox e Pickstone, 2002). Segundo Pedroto (2006) este é o valor mais perçecionado pelos clientes e pelos seus familiares, pois estes querem sentir-se seguros e confiantes junto daqueles que os tratam. “Neste sentido, os doentes têm o direito de esperar que sejam efetuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde” (Declaração de Luxemburgo sobre a segurança do doente, 2005, p.47), pois estes não devem ser prejudicados por quem se destina a ajudá-los, nem deve vir a prejudicar aqueles que trabalham na área da saúde (IOM, 2001).

## **1.1 Eventos Adversos**

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa e de risco para os clientes (Fragata, 2009; WHO, 2002; Campos, Carneiro e Saturno, 2010). A OMS estima que todos os anos dez milhões de pacientes sofrem de lesões incapacitantes ou morte devido a práticas

médicas inseguras e de cuidado (WHO, 2008). Apesar de as intervenções na prestação de cuidados terem a intenção de beneficiar o cliente, estas também podem causar dano ao mesmo, envolvendo o acontecimento de EA's (WHO, 2002). Um EA é definido pelo *Institute of Medicine* (1999) como uma lesão provocada num doente devido a uma intervenção médica e não à condição clínica deste. Por sua vez, o erro é definido como a falência de completar uma ação planeada como previsto ou a utilização de um plano errado para atingir um objetivo (IOM, 1999). Nem todos os erros resultam em dano, mas aqueles que resultam são denominados de eventos adversos preveníveis e, nem todos os EA são preveníveis pois nem todos são atribuídos a erros (IOM, 1999).

Os EA's e os erros médicos podem ocorrer em qualquer contexto das organizações de saúde (ARHQ, 2005), representando elevados custos para o sistema (IOM, 1999). O autor acentua que destes custos, nem todos podem ser medidos diretamente, pois estes também têm impacto na perda de confiança do cliente nas organizações de saúde; diminuição da satisfação quer do cliente, quer do profissional; maior número de dias de internamento acarretando desconforto físico e psicológico; perda de moral e frustração do profissional de saúde por não ser capaz de prestar o melhor cuidado possível; diminuição da produtividade de trabalho e ainda, custos na diminuição dos níveis de saúde da população. Daí que, os eventos adversos envolvem custos sociais e económicos que não podem ser negligenciados (Sousa, 2006).

Uma forma de representar a etiologia de um erro organizacional é através do modelo do «Queijo Suíço» (Reason, 1998) descrito por James Reason. Neste modelo, as fatias de queijo são retratadas como camadas de defesas (cada fatia representa uma camada de defesa) e apresentadas como intermediárias entre os riscos locais e as perdas potenciais» (Reason, 1998). Segundo o autor, o ideal seria estas camadas estarem intactas. Contudo, na realidade cada camada tem diversos buracos que são criados por falhas ativas. E, para a ocorrência de um EA é necessário o alinhamento de diversos *buracos*. Deste modo, a ideia será tentar diminuir estes buracos – os erros latentes – ao mesmo tempo que se tentam criar novas camadas de proteção de modo a impedir o alinhamento dos mesmos (Carneiro, 2010).

Sabendo que a possibilidade de erro é inerente a qualquer atividade humana (Campos, Carneiro e Saturno, 2010) e que este faz parte do desempenho humano (Scott-Cawiezell et al., 2006), o profissional de saúde é responsável por tentar reduzir a probabilidade do mesmo (Lage, 2010). Mas, este compromisso exige não só um esforço por parte dos profissionais mas também por parte das organizações, consumidores, órgãos reguladores e dos decisores

políticos (IMO, 1999) fazendo deste uma responsabilidade coletiva perante os clientes (Campos, Carneiro e Saturno, 2010). Desta forma, o enfermeiro deve elaborar estratégias para preveni-los e reduzir a sua incidência já que estes não podem ser completamente eliminados. Assim, a prevenção do erro implica, antes de tudo, o conceito de que o erro pode acontecer e implica que o profissional esteja atento ao desenho dos sistemas e dos circuitos de funcionamento da organização (Fragata e Martins, 2004).

O conhecimento e a compreensão da frequência, das causas e do impacto dos EA's constituem uma parte fundamental do processo de avaliação e melhoria contínua da segurança do cliente e da qualidade em saúde (Sousa, Uva, Serranheira, Leite e Nunes, 2011). Com a publicação do relatório do Instituto de Medicina (1999) "*To Err is Human: Building a Safer Health System*", os profissionais foram sensibilizados para o grau e o custo dos erros médicos no sistema de saúde dos EUA. Este relatório através da extrapolação de dados de dois estudos, revelou que 44 000 a 98.000 americanos morrem anualmente nos hospitais dos EUA como resultado de erros médicos, sendo estes a oitava causa de morte. Este relatório forneceu dados sobre os erros no sistema de saúde e colocou este assunto no topo das agendas políticas e na vanguarda do debate público no mundo inteiro (WHO, 2004), perspetivando reduzir estes erros para metade, no prazo de cinco anos após a sua publicação (IOM, 1999).

Desde então, surgiu uma preocupação crescente na necessidade de reduzir estes erros (Aspden, Corrigan, Wolcott, Erickson, 2004). Os investigadores concentraram-se em intervenções relacionadas com a sua prevenção na prestação de cuidados de saúde, bem como melhorar a CS nas organizações, com a esperança de reduzir tais erros (Wagner, Capezuti e Rice, 2009). De acordo com Lage (2010) mais de dez anos passaram desde publicação deste relatório e ainda não existe em Portugal um número rigoroso que permita caracterizar a dimensão do problema. Fragata e Martins (2004) ao considerar os hospitais portugueses com o mesmo nível de fiabilidade das instituições americanas, estima entre 1 300 e 2 900 o número de mortes anuais, provocado por erros médicos. Um estudo desenvolvido por Sousa, Uva, Serranheira, Leite e Nunes (2011) reflete o perfil da prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar em Portugal. Os autores observaram uma taxa de incidência de EA de 11,1%, onde cerca de 53,2% foram considerados evitáveis. Relatam ainda, que a maioria dos EA (60,3%) não causaram dano ao cliente ou resultaram em dano mínimo e, em 58,2% dos EA houve prolongamento do período de internamento, sendo apurado um valor médio de 10,7 dias.

Observando a dimensão do problema e a prevalência dos erros nos cuidados de saúde hospitalares, não é surpreendente, que este fenómeno ocorra ao nível das UCCI, merecendo também especial atenção e destaque. Porém, embora o impacto dos erros médicos tenham vindo a ser amplamente discutidos e relatados (Feng, Bobay e Weiss, 2008) a prevenção dos mesmos tem sido pouco descrita nas *nursing homes* (Scott-Cawiezell e Vogelsmeier, 2006) e, poucos progressos têm sido feitos, para melhorar a segurança, ao nível destas instituições e outras não hospitalares (Wagner e Rust, 2008). Alguns autores mencionam, ainda, as *nursing homes* como um contexto onde os EA são comuns (Kapp, 2003; Wagner, Capezuti e Rice, 2009; WHO, 2002).

A possibilidade de erro está diretamente relacionada com a complexidade do doente ou da tarefa e com o desempenho (Campos, Carneiro e Saturno, 2010). Segundo Sousa, Uva, Serranheira, Leite e Nunes (2011) o número de EA varia na razão direta das classes etárias mais avançadas. Os autores afirmam que os doentes com idade mais avançada, na maioria das vezes, são aqueles que apresentam mais comorbidades associadas e maior prevalência de fatores de risco o que aumenta a probabilidade de obtenção de resultados menos favoráveis e maior probabilidade de ocorrência de EA. Assim, atendendo às características dos clientes das *nursing homes* estes constituem um grupo com elevado risco para o desenrolar de um EA.

De acordo com dados do *Centers for Medicare and Medicaid Services* (2002), citado por Kapp (2003), mais de 90 % dos residentes têm uma idade acima dos 65 anos, e quase metade têm mais de 85 anos, sendo a média de idades acima dos 80 anos. Desta forma, os residentes das *nursing homes* são pessoas predominantemente idosas (Bonner, Castle, Perera, Handler, 2008; Vogelsmeier, 2011), têm múltiplas condições crónicas (Bonner et al., 2008; Vogelsmeier, 2011) dependentes de outros para satisfazer as suas necessidades de cuidados (Vogelsmeier, 2011) pois necessitam de ajuda em três ou mais atividades de vida diária (Spector et al., 2001) sendo a magnitude e intensidade do uso da medicação bastante elevada (Field et al., 2001; Bonner et al., 2008; Vogelsmeier, 2011). Assim, devido às várias características das *nursing homes*, ao seu funcionamento e à população que servem, fazem com que os erros sejam prováveis de acontecerem neste contexto e estejam associados a danos graves nos residentes quando estes ocorrem (Kapp, 2003), já que os residentes idosos mais frágeis representam uma população vulnerável, devido à sua condição complexa de saúde (Bonner et al., 2008; Vogelsmeier, 2011).

### 1.1.1. Eventos Adversos Medicamentosos

A causa mais comum de EA nos cuidados de saúde são os erros derivados da medicação, sendo responsáveis por um aumento consideráveis dos custos em saúde (IOM, 2000). Ao nível das *nursing homes*, a utilização generalizada de fármacos fornece a oportunidade de ocorrência de erros médicos (Gurwitz et al., 2000; Gurwitz et al., 2005; Gurwitz et al., 2008; Handler et al., 2007) pois estes são o principal modo de terapia dos residentes. Em média, estes tomam 5 a 9 medicamentos diferentes por dia e mais de 20% utilizam mais de 10 medicamentos (Bernabei et al., 1999 citado por Lau, Kasper, Potter e Lyles, 2004). Segundo Doran (2011), a administração de medicamentos é principalmente um papel da enfermagem.

Numerosos estudos têm examinado as questões relacionadas com a segurança da terapêutica nestas instituições, nomeadamente ao nível da prevalência dos Eventos Adversos Medicamentosos (EAM), fatores de risco, prescrição e implementação de programas para reduzir estes eventos (Wagner e Rust, 2008). Segundo IOM (2000) nem todos os EAM são atribuíveis a erros. Define-se erro medicamentoso como “qualquer circunstância evitável que, de fato ou potencialmente, conduz ao uso inadequado do medicamento” (*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, 1998 citado por Júnior et al., 2010 p.42).

Gurwitz et al., (2000) investigaram a incidência e a prevenção de EAM em *nursing homes* e descobriram que estes ocorrem comumente entre os residentes, apontando para uma taxa de 1.89 EAM por 100 residentes, onde 0,96 eram evitáveis. Estudos mais recentes, desenvolvidos em duas LTC no Canadá, apontam para taxas mais elevadas de 9.8 por 100 residentes/mês, com uma taxa de 4.1 eventos evitáveis (Gurwitz et al., 2005) e no ano 2008, foram identificadas taxas de 1.06 para todos os EAM e 1.02 para os EA's evitáveis (Gurwitz et al., 2008). Através da análise dos resultados, pode afirmar-se que metade dos EAM são preveníveis.

Anderson, Silveira, Woodland, Handler e Hutton (2011) avaliaram as perceções de 1 286 enfermeiros a trabalharem em 109 *nursing homes* sobre a segurança da terapêutica. Desta população, mais de metade classificou o ambiente da prática como punitivo, revelaram medo de serem culpabilizados e identificaram como barreiras à notificação dos EAM, processos e ações disciplinares. Por sua vez, Handler et al., (2007) identificaram como barreiras para notificar os EAM a inexistência de um sistema disponível para a notificação de EAM; falta de

informação de como notificar um EAM; e por último, a inexistência de feedback, uma vez o EAM ter sido reportado.

Segundo um estudo de caso-controlo desenvolvido por Field et al., (2001) os profissionais de saúde devem prestar particular atenção a certos fatores ao nível dos residentes que estão associados a um elevado risco para a ocorrência destes eventos, tais como, ser um novo residente, ter um elevado número de terapêutica prescrita, possuir vários diagnósticos e tomar certas classes de medicamentos (terapêutica psicoactiva, opióides ou anti-infecciosos). Os autores afirmam que estes EA são um sério problema pois têm um impacto substancial nos residentes, manifestando-se em delírios, letargia, quedas e hemorragias. Desta forma, se os profissionais identificarem estes fatores, podem identificar antecipadamente os sintomas e responder de forma rápida (Field et al., 2001). E, “para além das consequências para os indivíduos afetados (desconforto físico e/ou psicológico, incapacidade, insatisfação, perda de rendimento), os EAM evitáveis acarretam considerável desperdício para o sistema de saúde e para a sociedade” (Júnior, Siqueira, Silva, Almeida, Silva, Sousa e Guerreiro, 2010, p. 42).

Os EA's nas *nursing homes* podem ocorrer de diversas formas (Kapp, 2003) merecendo outras áreas também destaque e consideração tais como, as IACS, as úlceras por pressão, as quedas, etc. Posto isto, o maior desafio para promover práticas seguras é criar uma CS (IOM, 1999). Como tal, compreender os desafios dos cuidados de saúde que contribuem para os EA pode ajudar a redesenhar sistemas e a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Vogelsmeier, 2011).

## **1.2 A segurança do cliente e a gestão do risco**

### **1.2.1. Notificação de Eventos Adversos**

A notificação de eventos é uma fase fundamental da política de gestão do risco (Fragata e Martins, 2004), constituindo um alerta importante e uma ferramenta preciosa na implementação de uma CS e de armazenamento de dados (Pedroto, 2006). Esta permite inventariar não só todos os EA's como permite fazer o controlo da qualidade dos serviços (Fragata e Martins, 2004). Segundo os autores, a organização de saúde deve implementar um sistema de declaração, onde o profissional registe a ocorrência de qualquer erro, mesmo aqueles que não induzem qualquer efeito adverso no cliente (“near misses”). Sabendo que, a notificação não é mais que a comunicação de informação revelante para a segurança do cliente (Pedroto, 2006), o profissional de saúde deve estabelecer o hábito de reportar todas as

ocorrências fora do esperado, sem receio de culpa (Fragata e Martins, 2004) pois à medida que os riscos são conhecidos, estes tornam-se parte das exigências de segurança (IOM, 2000), eliminando e reduzindo situações propícias a EA no interior da organização.

A existência de um ambiente em que os profissionais de saúde podem notificar riscos ou erros, reais ou potenciais, sem medo de represália é a prova de uma cultura não-punitiva, a qual é consistente com uma comunicação aberta, necessária para a CS (ECRI Institute, 2009). A atenção é centrada no erro e não na pessoa que pratica o erro. No entanto, muitas organizações de saúde empreendem uma abordagem punitiva ao erro, culpabilizando os profissionais (Wisniewski et al., 2007). A cultura de culpabilização individual “assenta no facto de se tomar o «erro humano» mais como uma explicação *per si* do que como algo que precisa ser explicado e compreendido nas suas profundas motivações” (Fragata e Martins, 2004, p. 126). Os autores descrevem estas organizações de saúde demasiado burocráticas, sem abertura a qualquer processo de inovação regenerativa pois ao punirem o responsável mais direto, negam a sua responsabilidade no evento negativo, isolam o erro, não o corrigem verdadeiramente e, perdem a possibilidade de alterar o sistema e melhorar a segurança pela introdução de novas políticas que tornem novos erros menos prováveis. Esta abordagem ignora as deficiências dentro da organização que contribuem para o erro e faz pouco ou nada para prevenir a sua recorrência (Wisniewski et al., 2007), seguindo em frente após ter tomado medidas limitadas a nível local (Fragata e Martins, 2004). Segundo Guldenmund (2010) as organizações de saúde com um foco mais explícito no desenvolvimento de sistemas de gestão de segurança tem demonstrado reforçar a CS do cliente. Deste modo, as barreiras clínicas tradicionais e uma cultura de culpabilização devem ser quebradas na organização de saúde (IOM, 1999).

Assim, a prevenção de erros e a melhoria da segurança do cliente requer um sistema capaz de modificar as condições que contribuem para o acontecimento do erro pois este não é devido à incompetência do profissional mas sim à necessidade de se construir um sistema mais seguro (IOM, 2000). Este “é naturalmente um sistema com boa qualidade e é por isso que o reportar de erros é tão vital para manter a qualidade” (Fragata e Martins, 2004 p. 130). Deste modo, construir um sistema seguro significa desenvolver processos de cuidado que garantam que o cliente está a salvo de vir a sofrer lesões acidentais (IOM, 1999) e que garantam que o cliente recebe o tratamento apropriado num ambiente seguro (Pedroto, 2006).

O *Institute of Medicine* (2001) sugere que o maior desafio para avançar com um sistema de saúde seguro é passar de uma CS onde os profissionais são culpabilizados pelos seus erros, para uma onde os erros são tratados como oportunidades para melhorar o sistema e evitar o dano. Desta forma, “a maior alteração que se verificou no pensamento e filosofia do erro clínico foi o de desviar a responsabilização/culpabilização do profissional individual por ele responsável” (Carneiro, 2010, p. 5) e questionar perante um EA ou incidente porque falhou o sistema e que fatores condicionaram as circunstâncias adversas? (Pedroto, 2006). Assim, não se pretende atribuir uma culpa, mas sim perceber as causas e assim, melhorar o sistema a montante (Fragata e Martins, 2004).

O “principal problema no que concerne a área dos erros clínicos é a declaração (*reporting*) consistente da sua incidência” (Carneiro, 2010, p.5) pois, o receio de os profissionais serem identificados como incompetentes, pode ser um significativo desincentivo para estes comunicarem as suas próprias falhas (Fragata e Martins, 2004). Assim, a equipa necessita ser encorajada para notificar qualquer incidente, mas isto só vai acontecer num ambiente não punitivo, que permite a inovação e a aprendizagem (Firth-Cozens, 2002; Ballard, 2003), sendo a confiança organizacional o elemento fundamental para criar uma CS (Scott-Cawiezell et al., 2006).

Para Wisniewski et al. (2007), manter uma CS no interior da organização requer tempo, empenho e esforço da parte de todos os profissionais desde os gestores aos prestadores de cuidados. Neste sentido, a melhoria da segurança do cliente requer por parte do profissional de saúde, inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica (Lage, 2010), desempenham um papel fundamental na identificação e minimização dos riscos (Pedroto, 2006). De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 88º, alínea d), o enfermeiro deverá “assegurar por todos os meios que estão ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Segundo Carneiro (2010), a nível hospitalar criaram-se sistemas de comunicação (*reporting systems*) hospitalares, onde os profissionais de saúde, de forma anónima, auto-reportam os eventos, criando uma base de dados atualizada, suscetível de ser retrospectivamente analisada e podendo servir de base a programas de melhoria da qualidade. Esta ação tem dois objetivos: “aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e

local de trabalho e, através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados, gerar informação útil para corrigir as fragilidades identificadas” (Lage, 2010, p.12). Castle (2006) refere que as *nursing homes* devem ser aconselhadas para começarem esta transformação, e realizarem iniciativas de segurança semelhantes às que decorrem em meio hospitalar. De acordo com Vogelsmeier (2011), estes sistemas de notificação devem estar implementados para identificar tanto o risco do residente como o da organização e assim, minimizar os EA nas *nursing homes*.

Scott-Cawiezell et al. (2006), apontam que muitas *nursing homes* continuam a abrigar uma cultura de culpa. Os autores referem que o desafio de alterar uma cultura de culpabilização para uma cultura de aprendizagem poderá ser mais assustador do que no contexto hospitalar, onde a maioria das discussões sobre segurança já ocorreram. Estes desafios são complicados visto que neste contexto existem recursos limitados, uma liderança oprimida e uma força de trabalho diversificada educacionalmente (Scott-Cawiezell et al., 2006). Também Handler, Nace, Studenski e Fridsma (2004) demonstraram numa unidade internamento de LTC, que as políticas e o processo de notificação do erro perpetuaram num ambiente punitivo, onde a maioria dos enfermeiros (85%) acredita que as ações disciplinares são tomadas contra a pessoa que cometeu o erro. A nível hospitalar, Fernandes e Queirós (2011) desenvolveram um estudo descritivo-analítico e transversal, a partir da aplicação de um questionário hospitalar “*Hospital Survey on Patient Safety*” sobre a CS dos clientes em quatro hospitais distritais nacionais de nível 1. A CS dos enfermeiros foi percecionada como um fator crítico da qualidade dos cuidados de saúde hospitalares e a necessitar de melhoria sendo esta caracterizada pelo paradigma da punição e ocultação do erro, com os enfermeiros convictos de que quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento, preocupando-se com o facto de ser registado no processo pessoal, podendo ser utilizado contra si.

### 1.2.2. Divulgação do Erro

Como já foi referido, a abertura e transparência são características importantes de uma organização, pelo que a divulgação dos erros que ocorrem é recomendada como sendo a atitude correta a tomar. Além disso, a divulgação dos erros e dos resultados obtidos em avaliações promove, por sua vez, uma maior notificação de incidentes, dado que os profissionais se sentem integrados numa cultura aberta e honesta (ECRI Institute, 2009).

As organizações que devido a desvios nos processos são capazes de aprender continuamente, melhoram o seu desempenho de segurança ao longo do tempo (Guldenmund,

2010). “A análise dos incidentes relatados e a determinação das suas causas pode originar informação útil sobre problemas existentes no sistema, detetando quebras de segurança, muitas vezes insuspeitadas, na prestação de cuidados” (Lage, 2010, p. 13). Esta cultura permite fazer o levantamento não só de acidentes, como de situações que quase resultam em acidentes e que de outro modo nunca serão conhecidas pois normalmente só se conhecem as situações que provocaram danos visíveis (Fragata e Martins, 2004).

## **2. CULTURA DE SEGURANÇA**

A literatura confere muitas abordagens ao conceito de CS do cliente. Este termo não é exclusivo das organizações de saúde, tendo sido introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986 (Cooper, 2000). Genericamente, o conceito de cultura remete para os hábitos, costumes e crenças compartilhadas pelos membros de uma sociedade, que influenciam o agir social e diversificam os grupos humanos (Laraia, 1997). A cultura organizacional pode ser compreendida como um conjunto de normas e leis partilhadas pelos membros de uma determinada organização (Newstrom, 2008) e apresenta-se como um elemento estruturante fundamental da segurança (Fragata e Martins, 2004). Por sua vez, a CS é um aspeto da cultura organizacional (Feng, Bobay e Weiss, 2008; Smits et al., 2008), que orienta os comportamentos dos profissionais para a segurança do cliente, como uma prioridade (Smits et al., 2008). Esta relaciona-se, especificamente, com os valores e as crenças relativos à segurança do cliente nas organizações de saúde (Feng, Bobay e Weiss, 2008). Para Hemman (2002), a CS trata-se da filosofia que os líderes e profissionais seniores transmitem, influenciando o comportamento de todas as pessoas que trabalham na organização. Por sua vez, Reason (2000) associa indubitavelmente a CS a uma cultura informada, em que a comunicação é fundamentada na confiança mútua e na partilha de perceções sobre a importância da segurança.

A definição de CS, mais utilizada e influente, foi proposta pela *British Health and Safety Commission* (HSC), onde através desta a AHRQ (2010) define-a como o “Produto de valores, atitudes, perceções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de uma organização de saúde e de uma gestão de segurança. Organizações com CS positiva são caracterizadas por uma comunicação baseada em confiança mútua e na partilha de perceções sobre a importância da segurança e a eficácia de ações preventivas.” Esta definição reflete a visão predominante da CS como um produto dos

valores e crenças dos membros organizacionais (Feng, Bobay e Weiss, 2008). Os autores referem ainda que, este conceito pode ajudar a clarificar como a CS deve ser vista numa organização e a determinar estratégias para desenvolver tal produto, bem como, fornecer a medição de resultados para avaliar o grau, em que cada organização pode ou não possuir uma boa CS.

A criação e manutenção de uma CS, pertence à primeira das sete categorias funcionais, para melhorar a segurança do cliente, descrita no documento *Safe Practices for Better Healthcare* (National Quality Forum, 2009) e foi identificada, como umas das quatro principais recomendações do *Institute of Medicine* na transformação do ambiente de trabalho para promover a segurança do cliente (IOM, 2000). Assim, melhorar a CS nos cuidados de saúde é um componente essencial na prevenção ou redução dos erros e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (AHRQ, 2012; National Quality Forum, 2009), devendo ser aplicada em todas as organizações de saúde de forma a reduzir o risco e dano ao cliente (National Quality Forum, 2009).

Uma CS é necessária, antes de outras práticas relacionadas com a segurança do cliente serem introduzidas na organização de saúde (ECRI Institute, 2009), pois a capacidade de uma organização evitar danos ao cliente, só será conseguida quando esta for capaz de criar uma CS entre os seus colaboradores (Nieva e Sorra, 2003), caso contrário, os profissionais que devem implementar as iniciativas de segurança, não irão saber a melhor forma de trabalharem em conjunto ou como comunicarem de forma eficaz (ECRI Institute, 2009). Segundo Pedroto (2006) criar uma CS deve fazer parte da estratégia da organização, com o envolvimento, não só do profissional, mas também dos clientes.

De acordo com National Quality Forum (2009) um número de barreiras impede a melhoria de segurança dos clientes nos cuidados de saúde. A principal barreira para melhorar a segurança do cliente é a cultura das organizações de saúde (Cooper, 2000), onde ainda perpetua o mito de que os “bons” profissionais de saúde têm um elevado desempenho e por outro lado, que os EA são causados por falta de cuidado, negligência ou incompetência dos profissionais de saúde (National Quality Forum, 2009). Carneiro (2010) afirma que embora a negligência esteja presente em todos os sistemas, o problema da segurança relaciona-se muito mais com profissionais competentes dedicados a executarem funções em sistemas absolutamente caóticos e desorganizados, sem qualquer sensibilização para a questão da segurança dos clientes, do que com falhanços individuais daqueles. Desta forma, “os erros

não são negligenciáveis, sendo na sua maioria não intencionais e muitas vezes originados por falhas do próprio sistema” (Lage, 2010, p. 13). Pode, assim, afirmar-se que o problema não reside na incompetência dos profissionais mas antes, na necessidade de as organizações de saúde tornarem-se mais seguras através da implementação de uma boa CS.

O National Quality Forum (2009) aponta ainda outras barreiras, tais como, a inexistência de uma comunicação aberta sobre os problemas de segurança e o partilhar de dados, falta de consciência da prevalência de erros e EA's, falta de sistema de notificação efetivo; falta de sistemas de refletidos sobre a natureza sistémica do erro, falta de liderança no que diz respeito à segurança do cliente. Desta forma, as organizações de saúde devem ultrapassar algumas barreiras de forma a promoverem e apoiarem uma cultura baseada na melhoria da segurança dos clientes.

## **2.1 Organizações de Referência**

A CS do cliente é um dos temas incontornáveis que nos últimos anos e de forma crescente tem dominado a agenda das políticas de saúde em muitos países europeus, nos EUA e na Austrália, sendo igualmente um assunto central na estratégia de várias organizações internacionais (Sousa, 2006), como, por exemplo, *World Alliance for Patient Safety*, *National Patient Safety Agency*, *Agency for Healthcare Research and Quality*, *American Society for Healthcare Risk Management*, *ECRI Institute*, *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e *Joint Commission International*. Estas organizações têm sido a voz em relação aos esforços de melhoria na segurança do cliente.

Em Março de 1994, o conselho de administração da *American Nurses Association* (ANA), lançou a iniciativa de Segurança e Qualidade de Enfermagem, destacando as fortes ligações entre as ações de enfermagem e os resultados dos clientes (ANA, 1999). Mas foi o relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* em 1999, que sensibilizou e consciencializou os profissionais de saúde para os erros médicos e segurança do doente (IOM, 1999). A OMS lançou em Outubro de 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, que foi criada para mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os clientes em todos os países membros da OMS (WHO, 2008b). Esta vertente da segurança assumiu relevo a tal ponto que uma diretiva europeia de 2005 consagrou mesmo a segurança nos cuidados de saúde como um direito fundamental dos cidadãos europeus (Fragata, 2009).

O desenvolvimento de uma CS entre os profissionais de saúde foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*. Também a organização *Joint Commission* tem defendido a segurança do cliente, ajudando as organizações de saúde a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados, fazendo da segurança do cliente uma prioridade contínua (Joint Commission, 2013). Em apoio a esta missão, definiu o conceito Evento Sentinela, como uma ocorrência inesperada, envolvendo a morte ou uma lesão física ou psicológica grave (Joint Commission, 2013a). Este evento é chamado Sentinela devido à necessidade de sinalizar uma resposta e investigação imediata. Em 2001, a JCAHO colocou em prática novos padrões, exigindo às organizações a criação de uma CS, a implementação de um programa de segurança e a divulgação aos clientes os resultados dos cuidados recebidos. Adicionalmente, a JCAHO estabeleceu a *Joint Commission International Center for Patient Safety*, a qual estabelece objetivos anuais de segurança para cada tipo de organização de saúde, nomeadamente as *LTC*. Para o ano de 2014, os objetivos de segurança neste contexto incluem a prevenção de quedas, úlceras de pressão, IACS, erros de medicação e identificação correta do residente (The Joint Commission, 2013b). Estes objetivos refletem áreas prioritárias que as *LTC* devem considerar para assegurar a segurança do residente.

Em Portugal não existem organizações criadas especificamente para a Segurança do Cliente, mas algumas orientações legislativas que apontam nesse sentido. No Código Deontológico do Enfermeiro existem algumas referências sobre o dever do enfermeiro em zelar pela segurança do cliente e assegurar a qualidade dos cuidados e onde estão presentes as competências do enfermeiro, que ao nível da segurança do cliente, indicam, por exemplo, “68 – Criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco” (Decreto-Lei n.º 111/2009). Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros elaborou um enunciado de posição relativo à perspetiva ética e deontológica da segurança dos clientes.

O Decreto-Lei que prevê a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, refere um princípio sobre o qual a Rede deve ter o maior respeito: eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (Decreto-Lei n.º 101/2006). Subjacente à qualidade dos cuidados está inevitavelmente a segurança do cliente. O Relatório de Primavera de 2011, “*Da depressão da crise para a governação prospetiva da Saúde*”, indica que não existe uma análise adequada sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde, acrescentando que “a monitorização dos resultados dos cuidados de saúde, dos processos clínicos, do erro clínico e da segurança nos

serviços de saúde, bem como a segurança no local de trabalho, têm de ser alvo de maior atenção” (OPSS, 2011, p.27). Segundo a avaliação do desempenho do sistema de saúde português (2010) é necessária uma cultura de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde portugueses para fazer avançar a implementação de diretrizes e caminhos clínicos (WHO, 2010).

A Direção Geral de Saúde (2011) traduziu e publicou o relatório técnico publicado pela OMS em Janeiro de 2009, com o título “*Conceptual framework for the international classification for patient safety*”, o qual “fornece um resumo detalhado da estrutura concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), incluindo uma análise de cada classe, dos conceitos chave com uma terminologia própria e as suas aplicações práticas” (DGS, 2011, p.2). No mesmo ano, iniciou um inquérito para avaliar a CS do doente numa amostra de hospitais portugueses (Eiras, et al., 2011). E, em 2011 e 2012, decorreram em Portugal o 1º e o 2º “Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente”.

## **2.2 Avaliação da Cultura de Segurança**

A avaliação da CS existente na organização é a primeira fase de desenvolvimento de uma CS (Sammer e James, 2011; Stavrianopoulos, 2012) para determinar como é que esta afeta a prestação de cuidados seguros ao cliente (ECRI Institute, 2009), sendo feita, frequentemente, através de questionários. Os primeiros instrumentos eram adaptações de questionários de outras indústrias, mas recentemente têm sido desenvolvidos questionários direcionados para a área da saúde. Segundo Pronovost e Sexton (2005) um número de instrumentos encontra-se disponível para medir a CS. Fleming (2005) refere três questionários: *Safety attitudes questionnaire*, *Stanford instrument* e *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Estes avaliam diversas dimensões, como, por exemplo, o trabalho em equipa, o medo da punição, a comunicação e as perceções da gestão (Handler, et al., 2006; Castle, 2006; Castle e Sonon, 2006). A partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) desenvolveu o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, em resposta às *nursing homes* interessadas na avaliação da CS do cliente.

Uma característica importante dos instrumentos de avaliação da CS, consiste em saber, se estes enveredam por uma perspetiva da gestão, ou do *staff*, ou ainda, se combinam estes dois elementos (Nieva e Sorra, 2003). Segundo os autores, a primeira concentra-se na avaliação da

gestão de políticas e práticas de segurança do cliente, enquanto, a segunda concentra-se nas percepções e atitudes da equipa sobre a CS na organização. De acordo com Sammer e James (2011), a escolha de um instrumento de avaliação da CS, válido e amplamente utilizado, oferece aos líderes de enfermagem a oportunidade de, não só aprenderem sobre a CS presente nos seus serviços mas também, permite abordar comportamentos e valores específicos que necessitam ser reforçados e trabalhados com os enfermeiros no desenvolvimento de um plano de melhoria.

Desta forma, estes instrumentos de pesquisa podem ser utilizados para avaliar o sucesso das intervenções de segurança do cliente ou para identificar áreas de melhoria (Castle e Sonon, 2006; Nieva e Sorra, 2003; Wagner, Capezuti e Rice, 2009) bem como, podem ser utilizados para medir as condições organizacionais que levam à ocorrência de EA e danos ao cliente (Nieva e Sorra, 2003). É importante que os líderes de enfermagem avaliem adequadamente a CS nos seus serviços e articulem claramente uma estrutura que oriente os enfermeiros no seu trabalho para aumentar a segurança do cliente (Sammer e James, 2011).

Muitas organizações empreenderam esforços para medir a CS do cliente (Pronovost e Sexton, 2005). A avaliação da CS, permite às organizações de saúde obterem uma visão clara dos aspetos de segurança do cliente que requerem uma atenção urgente, identificar os pontos fortes e fracos da CS da organização (Stavrianopoulos, 2012), diagnosticar a CS para identificar áreas de melhoria e aumentar a consciencialização sobre a segurança do cliente, avaliar as intervenções de segurança do cliente, realizar o benchmarking interno e externo, e, por último, cumprir diretivas ou requisitos regulamentares (Nieva e Sorra, 2003). Também Handler et al. (2006) referem que os instrumentos de CS do cliente têm sido utilizados para avaliar o *benchmarking* interno e externo, identificar áreas de melhoria, avaliar o sucesso das intervenções de segurança do cliente e para satisfazer os requisitos hospitalares regulamentares, mas não têm sido aplicados às *nursing homes*.

Os enfermeiros permanecem 24 sobre 24 horas nas UCCI's junto dos clientes, encontrando-se assim numa posição única para abordar os problemas inerentes à segurança dos clientes. Segundo Fernandes e Queirós (2011) considerando as competências e características do desempenho profissional dos enfermeiros, com uma intervenção clínica determinante, estes encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução, onde aquilo que eles pensam, dizem e fazem influência em definitivo a CS do cliente. Os autores referem ainda que avaliar a CS, na perspetiva dos enfermeiros, é um dos primeiros passos que

pode ajudar a organização a identificar áreas problemáticas ou fatores que se apresentem críticos. Desta forma, os resultados da avaliação podem identificar oportunidades para melhorar os sistemas e prevenir danos ao cliente (ECRI Institute, 2009).

De acordo com Castle e Sonon (2006), a avaliação da CS contribui a melhoria da segurança do cliente e podem ser justificados em muitas *nursing homes*. Os líderes nas LTC podem utilizar as avaliações da CS para avaliar mudanças que necessitem ser feitas na organização e identificar onde existem as necessidades essenciais (Wagner, Capezuti e Rice, 2009).

### 2.3 Características da Cultura de Segurança

Historicamente, a cultura das instituições de saúde tem sido caracterizada pela punição, castigando o culpado quando sucede um erro (Franco, 2005). Atualmente é preciso desmistificar a noção de penalização, pois a CS apresenta características que contrastam com essa atitude. A cultura de segurança deve ser simultaneamente uma (Carthey e Clarke, 2010):

**Cultura de notificação** – os profissionais não são responsabilizados ou punidos, quando relatam incidentes; recebem um feedback construtivo após apresentarem uma notificação de incidente; o processo de notificação é acessível; Uma cultura que incentive o relato do erro protege e incentiva as pessoas que relatam os incidentes (Fragata e Martins, 2004).

**Cultura justa** – uma cultura justa traduz um sentimento de confiança entre todos os profissionais. Os profissionais, clientes e familiares são tratados de forma justa, com empatia e consideração, principalmente quando estão envolvidos em alguma questão relacionada com a segurança;

**Cultura de aprendizagem** – a organização investe na aprendizagem contínua face à segurança do cliente;

**Cultura aberta** – os profissionais sentem-se confortáveis para discutir diversos assuntos, com os colegas e com a liderança;

**Cultura informada** – a organização tem uma atitude preventiva, com base em experiências passadas, sendo capaz de identificar e mitigar futuros incidentes (Carthey e Clarke, 2010). Esta “é uma cultura em que as pessoas que gerem e operam o sistema, possuem conhecimento profundo acerca dos fatores humanos, técnicos, organizacionais e da

envolvente, que determinam a segurança do sistema como um todo” (Fragata e Martins, 2004).

## 2.4 Fatores que contribuem para a Cultura de Segurança

A CS apresenta um caráter multidimensional. Depende do apoio dos líderes da organização, do trabalho em equipa, de uma comunicação aberta, da resposta não punitiva ao erro, dos recursos humanos, entre outros (Sorra e Nieva, 2004). Identificar os componentes precisos que fazem uma organização de saúde segura não é tarefa fácil (Sammer et al., 2010).

A literatura aponta os seguintes componentes da CS (Singer et al., 2003; IOM, 2004): Compromisso da liderança com a segurança; Recursos organizacionais para a segurança do cliente; Prioridade de segurança versus produção; Eficácia e abertura de comunicação; Abertura para problemas e erros; Aprendizagem organizacional; Baixa frequência de atos inseguros. Numa revisão da literatura recente, Sammer et al. (2010) identificaram sete elementos-chave da CS:

- **Liderança:** os líderes reconhecem que o ambiente de saúde é um ambiente de elevado risco e procuram alinhar a visão/missão, a competência da equipa, os recursos fiscais e humanos desde a diretoria até à linha da frente.
- **Trabalho de Equipa:** Existe espírito de coleguismo, colaboração e cooperação entre os executivos, equipa e profissionais independentes. As relações são abertas, seguras, respeitadas, e flexíveis. A importância de um ambiente de trabalho positivo e CS positiva tem sido associada a melhores resultados tanto dos profissionais como dos clientes (Chaboyer et al., 2013).
- **Prática baseada na evidência:** A prática de cuidados é baseada na evidência; padronização para reduzir a ocorrência de variações em cada oportunidade; e, os processos são concebidos para alcançar alta confiabilidade.
- **Comunicação:** um ambiente onde um indivíduo membro da equipa da prestação de cuidados, independentemente da sua função, tem o direito e a responsabilidade de falar a favor do cliente.
- **Aprendizagem:** a aprendizagem da organização ocorre através dos erros e da procura de novas oportunidades para melhorar o seu desempenho.
- **Cultura Justa:** Uma cultura que reconhece os erros como falhas do sistema ao invés de falhas individuais, que promove a responsabilização e a não punição face ao erro.

- **Centrado no cliente:** A prestação de cuidados é centrada no cliente e na família. O cliente não é o único participante ativo no cuidado, mas também atua como um elo de ligação entre o hospital e a comunidade.

Para tratar destas questões, há uma necessidade de promover uma CS nas organizações de saúde, isto é, uma CS consciente que demonstre os valores, atitudes, competências, e os comportamentos que determinam o compromisso com a gestão da segurança e da saúde (National Quality Forum, 2009). Os autores, afirmam ainda, que uma cultura aberta encoraja e suporta a notificação de eventos adversos e vê estes como uma oportunidade para tornar a organização de saúde melhor.

## **2.5 Passos para uma implementação de sucesso**

Fleming (2005), na tentativa de prevenir decisões pouco fundamentadas na avaliação e desenvolvimento da CS, estabeleceu os seguintes passos:

1. **Investir na formação:** Nesta fase, a equipa deve ser pequena (representantes da qualidade, da gestão do risco e alguns membros da equipa multidisciplinar) e deve desenvolver conhecimentos e competências no âmbito da CS do cliente. A formação no âmbito da CS é a estratégia mais efetiva e duradoura para iniciar e manter a melhoria da segurança do cliente (Wisniewski et al., 2007; IOM, 2000).
2. **Selecionar um instrumento de avaliação adequado:** Existe atualmente um conjunto de instrumentos que avaliam a CS, que foram desenvolvidos para aplicar em organizações de saúde. A escolha desse instrumento deve ser baseada nos objetivos da organização, tendo em conta os pontos fortes e fracos de cada um (Nieva e Sorra, 2003).
3. **Obter o apoio informado da liderança:** A liderança deve compreender o processo de avaliação da CS, os recursos necessários, os potenciais problemas e os resultados (Nieva e Sorra, 2003; ECRI Institute, 2009).
4. **Envolver a equipa multidisciplinar:** O objetivo da realização da avaliação da CS é trazer uma mudança cultural para a organização, logo cada profissional deve se sentir parte do processo, ao invés de sentir que é algo desenvolvido por outro grupo (ECRI Institute, 2009).

5. **Aplicar questionários:** A estratégia de aplicação dos questionários deve ser rigorosamente escolhida, de forma a garantir uma elevada adesão na participação dos profissionais.
6. **Analisar e interpretar dados:** Os dados provenientes dos questionários devem ser analisados e comparados com outros dados publicados.
7. **Divulgar os resultados (Feedback):** Ao dar aos participantes o feedback dos resultados, mantém-se o interesse e o envolvimento dos mesmos no processo. Idealmente deve-se apresentar oralmente os principais resultados, incluindo os próximos passos e um cronograma para ações de melhoria (Santos et al., 2012).
8. **Identificar soluções em grupo:** Os profissionais indicam, frequentemente, apenas os aspetos negativos, não fornecendo informação que ajude a solucionar os problemas. Uma estratégia prática é a realização de reuniões, em grupos pequenos, em que cada elemento é solicitado a descrever aspetos positivos, áreas de melhoria e soluções práticas. A informação recolhida pode ser facilmente transformada num plano de ação global (Santos et al., 2012).
9. **Implementar as intervenções:** Uma queixa muito comum, proveniente de profissionais que participam na avaliação da CS é a falta de ação com base nos resultados obtidos (Nieva e Sorra, 2003).
10. **Detetar alterações:** As organizações de saúde decidem avaliar a CS a fim de obter uma linha de base ou comparação para avaliar as melhorias ou o progresso. Assim, é necessário, ao longo do tempo, ir avaliando as mesmas questões que foram aplicadas aos profissionais, no sentido de detetar alterações, positivas ou negativas (Santos et al., 2012).

## 2.6 Cultura de segurança e a Qualidade dos Cuidados

Atualmente, a CS constitui uma área incontornável dos aspetos da qualidade em saúde. De acordo com o *Institute of Medicine* (2001) atingir um elevado nível de segurança é o primeiro passo essencial para melhorar a qualidade da prestação de cuidados em geral. Numa revisão da literatura, Guldenmund (2000) aponta que alguns autores acreditam que a relação entre a CS e a qualidade é tão forte que as medidas da CS podem ser usadas para medir a qualidade. Os líderes de enfermagem representam uma oportunidade para a enfermagem assumir um papel de liderança, em colaboração com outros profissionais de saúde, e implementar a

melhoria da qualidade bem como iniciativas de segurança do cliente nas organizações de saúde (Stanley et al., 2008).

Em Portugal, a implementação de programas de acreditação nas instituições de saúde deu maior visibilidade a esta questão. A acreditação é um processo de avaliação reconhecido internacionalmente e utilizado para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e a eficácia das organizações de saúde (Nicklin, 2013). Segundo a autora, esta baseia-se na premissa de que a adesão a padrões baseados na evidência irá produzir serviços de saúde de maior qualidade, num ambiente cada vez mais seguro. O impacto do processo de acreditação pela *Joint Commission on Accreditation* tem sido estudado nas organizações de saúde, onde foram associadas iniciativas de segurança mais desenvolvidas e melhores resultados. Um estudo desenvolvido por Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2010) demonstrou que o processo de acreditação hospitalar, promoveu qualidade e uma CS. Swanson & Candice (2011) apresentaram um estudo desenvolvido num centro médico da Califórnia com 958 camas, onde demonstraram, como um programa de acreditação e um modelo de governação compartilhada contribuíram para o fortalecimento da CS do cliente. O desenvolvimento de uma comunicação eficaz, estruturas e processos melhorados mantidos através de uma liderança transformacional e governação compartilhada permitiu que os enfermeiros crescessem profissionalmente em todos os níveis refletindo-se em melhores práticas e consequentemente melhores resultados.

Ao nível das *nursing homes* acreditadas pela *Joint Commission*, os estudos demonstram uma melhor CS dos clientes (Wagner, McDonald e Castle, 2012; Wagner, McDonald e Castle, 2012a). No entanto, Wagner, McDonald e Castle (2012) mencionam a existência de poucos estudos nesta área. Neste domínio, também Grachek (2002) menciona que apenas uma fração das *nursing homes* são creditadas, apesar de a evidência demonstrar que estas apresentam menos reclamações. Assim, promover uma CS ao nível das UCCI's, através de um processo de acreditação, constitui um fator importante e primordial para a contribuição da melhoria da qualidade e excelência dos cuidados prestados.

## **2.7 Cultura de Segurança e a Gestão em Enfermagem**

É importante que os líderes e gestores compreendam a CS, para que possam tomar decisões fundamentadas sobre estratégias a adotar na implementação desta (ECRI Institute, 2009). A função de líder ou gestor, que aqui é referida, pode ser desempenhada pelo enfermeiro que devido à sua formação, apresenta competências para tal.

Os líderes ou gestores da organização devem ser detentores de certas competências e características que lhes facilitarão a implementação e o desenvolvimento de uma CS. Este deve ter capacidade de interação, uma vez que é necessário interagir eficazmente com todos os membros da organização, tornando o seu ponto de vista claramente identificável e perceptível, independentemente das circunstâncias (Nieva e Sorra, 2003). Concomitantemente, as suas capacidades relacionais e ao nível da comunicação, deverão ser potenciadas, principalmente, ao nível da capacidade escrita, oral e de escuta. Esta última é fundamental para compreender e avaliar determinados factos. A negociação e objetividade permitirão a este profissional centrar-se nos seus objetivos, de forma a conseguir aplicar os procedimentos estabelecidos e a resolver problemas. A objetividade facilita a sua intervenção perante situações de grande *stress*, emotividade e dificuldade. A questão da confidencialidade remete para os aspetos relacionados com a ética profissional que evidencia uma excelente conduta profissional (Nieva e Sorra, 2003).

Os líderes das organizações de saúde devem apoiar uma CS, através de ações específicas e comportamentos que incorporem um compromisso com a segurança. Essas ações e comportamentos incluem a promoção de uma comunicação aberta sobre as preocupações de segurança e do trabalho em equipa, a educação dos funcionários sobre segurança, capacitando-os para a identificação e melhoria dos riscos de segurança, defendendo a ideia de que a segurança é uma responsabilidade de todos e adequando os recursos existentes (Nieva e Sorra, 2003). A fim de transformar as organizações, os líderes devem atingir três grupos: gestores de topo, líderes da equipa do projeto e equipa operacional (Pronovost e Sexton, 2005). Estes três grupos têm de passar pelas seguintes fases: Envolvimento – os profissionais devem comprometer-se a mudar e determinar de que forma irão contribuir para a organização; Execução – devem estabelecer um plano de ação, justificar que as medidas delineadas levam à mudança e fazer uso dos recursos necessários para a implementação do plano; Avaliação – avaliar os resultados obtidos com a implementação do plano, tendo como foco a pergunta “Como é que nós sabemos que realmente fez a diferença?” (Pronovost e Sexton, 2005).

Outra estratégia que está a ser recentemente usada é a “*Leadership Walkround*”, que se resume a um método informal de os líderes conversarem com os restantes profissionais sobre questões de segurança. Esta estratégia demonstra o compromisso da liderança com a segurança e envolve tanto os gerentes de topo como os funcionários (ECRI Institute, 2009). Em 2004, o *Institute for Healthcare Improvement* criou o documento *Patient Safety*

*Leadership WalkRounds*, que fornece importantes informações e recomendações sobre o formato das *walkrounds*, quem deve participar, onde devem ser realizadas e que tipo de perguntas devem ser feitas.

A existência de um contacto próximo, entre os líderes seniores e os enfermeiros da linha da frente, abre linhas de comunicação e fornece uma oportunidade para os líderes demonstrarem o seu compromisso com a criação de uma CS. Segundo os autores, uma forma de obter este contacto próximo é através de *Walkrounds*, os líderes circulam pelos serviços, estabelecem uma comunicação aberta e obtém directamente o feedback dos enfermeiros (Chaboyer et al., 2013).

### **3. A CULTURA DE SEGURANÇA DO CLIENTE NO CONTEXTO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)**

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas não-transmissíveis levou ao aumento do número de casos de dependência funcional de uma faixa significativa da população bem como, as alterações na estrutura familiar e a necessidade de melhorar a relação custo-efetividade dos cuidados de saúde, veio reforçar a necessidade de construir uma resposta específica e organizada para estas necessidades da população por parte dos serviços sociais e de saúde (RNCCI, 2011).

É neste contexto sociodemográfico que, por todo o mundo e tendo como referência países como Inglaterra, o Canadá, os EUA e, mais recentemente, a Espanha, foram surgindo serviços de saúde especificamente dedicados aos clientes com doenças crónicas. Em Portugal, através do Decreto-Lei nº101/2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados no âmbito do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social, constituindo-se um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde, que é operacionalizado através de uma Rede nacional e intersectorial, no sentido em que se integram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, com parecerias do sector social e privado (RNCCI, 2011; Despacho nº 1408/2008; Despacho nº 2732/2009; Despacho nº 6132/2010; Despacho nº 3730/2011).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados visa, assim, a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cliente e adaptado às suas necessidades, sendo este atendido no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado (RNCCI, 2011). Este tipo de cuidados dirige-se a indivíduos com perda importante de autonomia, independentemente do tipo da mesma e do critério etário, e que necessitam de cuidados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento ou ambulatório, equipas hospitalares ou domiciliárias (RNCCI, 2011).

Através deste novo modelo de prestação de cuidados pretende-se assegurar: a continuidade temporal, relativamente aos clientes transferidos entre os três níveis de cuidados; a melhoria da qualidade de vida do cliente, através de uma abordagem global das suas necessidades, sendo este e a sua família envolvidos no processo de tomada de decisão e elaboração do plano cuidados; e o enquadramento das necessidades/problemas através da intervenção da equipa interdisciplinar (RNCCI, 2011).

A RNCCI tem como objetivo geral prestar cuidados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e tem como objetivos específicos: melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; promover a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; atuar através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; melhorar, de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; apoiar os familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; prevenir lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Neste contexto de internamento, assim como em outros, importa assegurar a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados prestados, pelo que a implementação de CS se torna imperativa na prossecução destes objetivos (Bonner et al., 2008).

O ingresso na RNCC é efetuado pelas Equipas de Cuidados Continuados locais e Equipas de Gestão de Alta, a referenciação decorre segundo o diagnóstico de situação de dependência. Quando se prevê necessidade de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área. Relativamente ao financiamento, este é calculado. Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos sectores da saúde, da segurança social e do próprio cliente em função da tipologia dos cuidados prestados e de acordo com a capacidade económica de cada cliente (Decreto Lei 186/2006 de 12-09-2006).

Esta rede assegura uma resposta de cuidados através de diferentes tipologias, sendo uma delas as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Face às características da população residente nestas unidades, considera-se que estas correspondem às *Nursing homes*. Jones (2002) define *nursing homes* como instalações com três ou mais camas que oferecem rotineiramente a prestação de cuidados de enfermagem. Estas são um componente importante dos serviços de saúde para a população idosa pois prestam cuidados de enfermagem 24h por dia, a indivíduos que não necessitam internamento hospitalar mas que também não podem ser tratados em casa através de cuidados domiciliários ou outras opções disponíveis na comunidade (Sahyoun et al., 2001).

Alguns estudos têm vindo a demonstrar a importância da CS na melhoria da segurança dos cuidados de saúde (Halligan e Zecevic, 2011). Ao nível das *nursing homes* existe pouca evidência produzida sobre esta temática (Wisniewski et al., 2007; Castle e Sonon, 2006; Wagner, Capezuti e Rice, 2009), quer a nível internacional e nacional. Em Portugal existe grande disponibilidade heurística para este tema, uma vez que apenas foi encontrado um estudo neste domínio. Deste modo, os números são presumidos através da observância internacional.

Existem alguns estudos que compararam a perceção de CS em *nursing homes* com os hospitais. Castle e Sonon (2006) através da aplicação do questionário *The Hospital Survey On Patient Safety Culture* (HSOPSC), a 2840 administradores de *nursing homes* nos EUA, demonstraram que existe uma baixa CS quando comparado com o contexto hospitalar, os scores foram consideravelmente inferiores, o que indicou que existe uma CS pouco desenvolvida nas *nursing homes*. Deste modo, os autores referem que os residentes poderão estar em risco de dano como resultado de erros de segurança.

Também Handler et al., (2006) avaliaram a CS em *nursing homes* sem fins lucrativos e compararam os scores com os dos hospitais. O questionário *The Hospital Survey On Patient Safety Culture* foi modificado para *Patient Safety Culture – Nursing homes (PSC-NH)*, e em cada dimensão do instrumento, a média dos scores foi comparada entre médicos, farmacêuticos, enfermeiros, entre outros. Os enfermeiros e os farmacêuticos tiveram uma média de scores mais elevados. No entanto, quando comparado com o meio hospitalar, os resultados apontaram para uma CS significativamente mais baixa. E ainda, que as *nursing homes* diferem especialmente na percepção de resposta ao erro, a qual foi descrita como mais punitiva nestas instituições. Ao comparar este estudo com um desenvolvido por Handler et al., (2004) os resultados não são inesperados. Neste estudo, os autores descreveram a notificação do erro da medicação e caracterizaram o conhecimento, atitudes e as crenças dos enfermeiros sobre estes erros numa unidade de internamento de LTC. Os resultados apontaram que as políticas e o processo de notificação do erro perpetuam num ambiente punitivo, pois a maioria dos enfermeiros (85%) acreditam que as ações disciplinares são tomadas contra a pessoa que cometeu o erro.

Wisniewski et al., (2007) realizaram um estudo piloto e avaliaram as atitudes dos profissionais em relação à CS numa *long term care setting* através do questionário *Safety Attitudes Questionnaire*. Os resultados, demonstraram, as consequências negativas de uma cultura que se foca nas causas humanas do erro, em vez de se focar nas causas baseadas no sistema (Wisniewski et al., 2007).

Hughes e Lapane (2006) avaliaram se as percepções de CS do cliente entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem variam de acordo com o tempo de serviço, tipo de colaborador e o turno de trabalho, em 26 *nursing homes* de Ohio. Os resultados do estudo demonstraram que apenas metade da equipa afirmou procurar a discussão com os elementos de gestão para evitar a recorrência de erros. Os autores observaram que neste contexto predominou uma cultura de culpa e vergonha pois independentemente do tipo de colaborador, um em cada cinco reportaram sentirem-se punidos e dois em cada cinco afirmaram que notificaram os erros foi visto como um ataque pessoal. Outro estudo apresentado por Castle (2006) envolvendo apenas os auxiliares de enfermagem também demonstrou uma baixa CS nestas instituições o que demonstrou estar pouco desenvolvida.

Scott-Cawiezell et al., (2006) exploraram a cultura de culpa e os elementos organizacionais numa *nursing home* através de uma abordagem de métodos mistos. Os resultados da pesquisa indicaram que a equipa sentiu falta de presença e apoio do líder de enfermagem, uma cultura punitiva de notificação do erro, e ainda indicaram sentirem-se reprimidos pelo líder de enfermagem na participação da tomada de decisão relativa ao processo de segurança da terapêutica. Por sua vez, os líderes de enfermagem referiram que os esforços e o tempo da equipa não foram valorizados e que os mesmos não estavam preocupados com os erros relativos à terapêutica. Os autores acrescentam que esta última é reforçada pela falta de comunicação e pelo foco das consequências negativas quando os erros são notificados.

Wagner, Capezuti e Rice (2009) analisaram as percepções de CS entre os enfermeiros em *long-term care* nos Estados Unidos da América e Canadá. Os enfermeiros gestores apresentaram percepções mais positivas de CS quando comparado com os enfermeiros. Adicionalmente, o estudo demonstrou que os enfermeiros a trabalharem em organizações governamentais revelaram percepções menos positivas comparado com os que se encontravam a trabalhar em organizações sem fins lucrativos. Ao contrário dos estudos anunciados anteriormente, em algumas subescalas do questionário, os enfermeiros apresentaram percepções mais positivas em relação à do hospital. Os autores sugerem que poderá existir algumas áreas onde a CS está mais desenvolvida nas *LTC*, tais como, a aprendizagem organizacional e o suporte da gestão.

Bonner et al., (2008) efetuaram uma revisão da literatura sobre a CS do cliente nas *nursing homes*. Através dos estudos analisados, os autores afirmam que existe uma relação entre os scores da CS das *nursing homes* e os resultados clínicos. Consequentemente, os autores referem que avaliar a CS neste contexto, pode fornecer um método fiável para avaliar constructos de segurança, tais como, a comunicação, a supervisão de *staff*, a notificação de erros, a aprendizagem organizacional e as passagens de turno. Acrescentam ainda, que fornecer aos líderes as ferramentas e habilidades para intervirem nestas áreas, pode levar a melhores resultados de segurança e menor *turnover* dos profissionais.

A AHRQ (2011) em resposta à inexistência de investigação sobre a CS nas *nursing homes*, realizou um estudo neste domínio na perspetiva de 16 155 colaboradores, em 226 organizações, através da aplicação do NHSPS. As três principais funções dos colaboradores entrevistados foram os auxiliares de enfermagem (35%), o pessoal de apoio (18%) e os

enfermeiros (17 %). Destacam como áreas de força a percepção geral dos colaboradores sobre a segurança do cliente (86%), na medida em que os clientes são bem cuidados de forma segura. E, a existência de *feedback* e comunicação dos incidentes (84%), onde o *staff* discute as maneiras de manter a segurança dos clientes. A resposta não punitiva ao erro e *staff* foram destacadas como uma áreas a melhorar com percentagens mais baixa de 51% e 52%, respetivamente. O estudo indicou que os colaboradores não são apontados como culpados quando o cliente é prejudicado, sendo tratados de forma justa quando cometem erros, sentindo-se estes seguros para notificar os seus erros. Em relação ao *staff* referem que há colaboradores suficientes para segurar a carga de trabalho, conhecerem as necessidades dos clientes durante a mudança de turno, e assegurar a segurança do cliente pois não se verifica elevado *turnover*. Em média, a maioria dos colaboradores (76%) indicou as *nursing homes* seguras para aconselharem à sua família e 62% atribui às mesmas a categoria “Excelente” (25%) ou “Muito Boa” (37%) na segurança do cliente.

Em Portugal, o autor Costa (2013) aplicou o mesmo questionário *NHSPS* onde obtiveram resultados ligeiramente mais baixos que os estudos apresentados no banco de dados de 2011 (AHRQ, 2011). O autor refere que a maioria dos profissionais, sentiram que os clientes são bem cuidados, valorizaram o trabalho em equipa, consideram que a organização onde trabalham desenvolve estratégias para evitar a ocorrência de danos, percebem que existe uma comunicação eficaz entre a equipa, recebem formação adequada e os gestores estão despertos para implementar medidas a fim de melhorar a segurança do cliente. Contudo, referem que ainda existe um caminho a percorrer, a fim de melhorar os procedimentos relacionados com a notificação de erros e em relação aos gestores existe uma necessidade de abertura nesse sentido.

Através dos estudos supracitados, constata-se que ainda existem algumas lacunas na CS dos clientes no contexto dos cuidados continuados aquando comparados com o meio hospitalar. Denota-se, que maioritariamente a cultura predominante ainda é uma cultura de culpabilização do profissional, sendo este um sério desafio para a segurança do cliente e qualidade dos cuidados. Em Portugal, existe ainda pouca investigação neste domínio, sendo uma preocupação urgente e global para a segurança do cliente e prevenção de EA nas UCCI's. Deste modo, este estudo pretende explorar e atender a esta necessidade, por forma a aprofundar, desenvolver conhecimentos e constructos sobre a CS na área dos cuidados continuados e, potenciar o desempenho dos enfermeiros na CS das organizações, área onde

este grupo profissional pode ter uma intervenção decisiva. Acreditamos que este é um passo fundamental para identificar as principais dificuldades/barreiras e prioridades para a segurança dos clientes nas UCCI's em Portugal.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **1. TIPO DE ESTUDO**

Dada a natureza da problemática, este estudo é quantitativo, observacional-descritivo e transversal. Segundo Ribeiro (1999, p.42) este tipo de estudos “focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento”. É descritivo, pois procura “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população” (Fortin, 2009:236), ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 1989:45). E, transversal porque tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento numa dada população (Fortin, 2009), num determinado tempo (Polit, Beck, Hungler, 2004).

## **2. POPULAÇÃO-ALVO**

A população-alvo é constituída por 49 profissionais de saúde a desempenharam funções em três UCCI's de tipologia única, uma de Média Duração e Reabilitação e duas de Longa Duração e Manutenção na Área Metropolitana de Lisboa. Estas unidades têm um tempo médio de funcionamento idêntico, sendo este aproximadamente dois anos, o qual dá contributos muito válidos e enriquecedores sobre a CS na ótica da gestão destas unidades. Ainda, de notar, que através da avaliação da CS nestas unidades o seu crescimento e desenvolvimento podem vir a ser valorizados com os contributos, nomeadamente deste estudo.

## **3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO**

A segurança do cliente, considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, constitui uma problemática complexa que requer uma análise pormenorizada dos mecanismos e situações envolvidas neste processo. A criação e manutenção de uma CS permite melhorar a segurança do cliente. Tendo por base estes pressupostos, a questão de partida que orienta o presente estudo é a seguinte: Qual a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados em Portugal?

O **objetivo geral** deste estudo visa:

- Avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Os nossos **objetivos específicos** são:

- Identificar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da CS dos clientes nas UCCI's.
- Caracterizar a CS percebida pelos profissionais de saúde nas UCCI.
- Identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da CS do Cliente nas UCCI's.

#### **4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

O instrumento de colheita de dados utilizado no presente estudo foi o questionário pois este constitui “uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados” (Gil, 1989:124). A este estudo de investigação foi aplicado o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), de utilização livre (AHRQ, 2008), desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em resposta às *nursing homes* interessadas na avaliação da CS do Cliente. A versão do teste piloto foi realizada no final de 2007 em 40 *nursing homes* nos EUA (AHRQ, 2008), aplicado a mais de 3. 700 profissionais de saúde, com uma taxa de resposta de 73% (AHRQ, 2008a).

O NHSPSC permite avaliar o estado da CS do cliente, consciencializar a equipa sobre as questões de segurança, avaliar o impacto das iniciativas de melhoria de segurança do cliente e permite acompanhar as mudanças na CS do cliente ao longo do tempo (AHRQ, 2008). Assim, através deste instrumento é possível avaliar as opiniões da equipa sobre as questões de segurança do cliente ao nível da organização.

Este instrumento inclui 42 itens de pesquisa medindo 12 dimensões:

1. Trabalho de equipa;
2. Pessoal;
3. Conformidade com os procedimentos;
4. Formação e Capacitação da equipa;
5. Resposta não punitiva a erros;
6. Transmissão de informação nas Passagens de Turno;
7. Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes;
8. Abertura para a Comunicação;
9. Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente;

10. Percepção geral da segurança do residente;
11. Apoio da gestão para a segurança do cliente;
12. Aprendizagem organizacional;

Cada dimensão é constituída por três ou quatro questões, onde os inquiridos respondem numa escala de tipo *Likert*, consoante o seu grau de concordância e frequência. Além disso, inclui 7 questões demográficas e duas questões relacionadas com a opinião dos entrevistados em relação à avaliação global da segurança do cliente da instituição e se a recomendariam aos familiares e amigos (AHRQ, 2008).

Os pedidos de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados às UCCI's foram realizados entre Janeiro a Fevereiro de 2014 (Anexo I). Após a autorização formal por parte das UCCI (Anexo II) iniciou-se a aplicação dos questionários no mês de Março e Abril de 2014.

## **5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, prosseguir-se-á a apresentação, análise e discussão dos resultados com base no instrumento de colheita de dados *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPS) e através do Software de análise estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para análise e interpretação dos resultados, serão seguidas as recomendações da *Agency for Healthcare Research and Quality*, quer dos itens, quer das dimensões. Desta forma, será com base no conjunto das percentagens de respostas positivas (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) e no caso das questões invertidas, será com base nas percentagens de respostas negativas (discordo/discordo fortemente ou nunca/raramente). Os resultados positivos acima de 75% serão considerados como fortes indicadores da CS (muito bom nível), e os inferiores a 50% serão considerados como áreas de potencial melhoria.

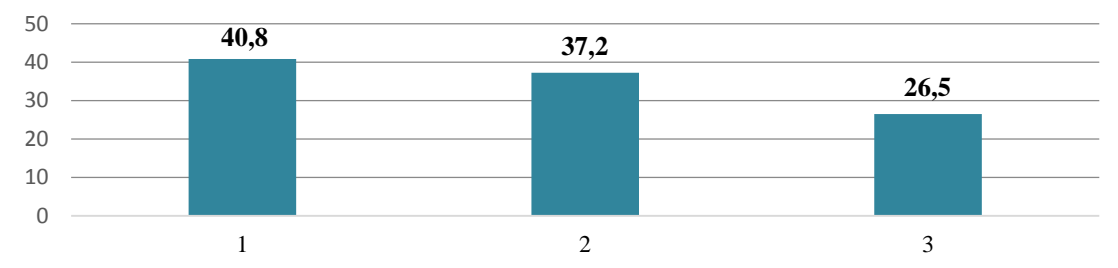
A apresentação dos resultados do estudo encontra-se dividida em três etapas: a primeira, reflete as características da população-alvo; a segunda apresenta a distribuição da população-alvo em relação às percentagens de respostas positivas por dimensão do questionário; e, por último, a terceira exhibe a distribuição das respostas da população-alvo aos 48 itens do questionário, agrupados por dimensão. Os questionários foram distribuídos a todos os profissionais de saúde a exercerem as suas funções em três UCCI's. Dos 120 questionários que foram distribuídos, 49 foram devolvidos preenchidos, o que representa uma taxa de

resposta de 40,8%. Em geral, pode considerar-se uma fraca adesão por parte das UCCI's quando comparado com outros estudos, nomeadamente no estudo de Costa (2013) os autores obtiveram uma taxa de resposta de 65%, próxima da percentagem obtida pelo estudo piloto da AHRQ (2008) que apresentou uma taxa de resposta de 73%.

### Caracterização da população-alvo

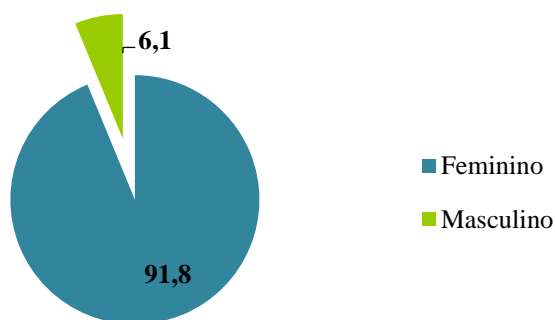
Dos 49 respondentes, as UCCI's 1 e 2 foram as que obtiveram uma representação mais elevada contribuindo com 40,8% (n=20) e 32,7% (n=16) da população-alvo, respetivamente. A UCCI 3, apenas 26,5% (n=13) dos seus profissionais responderam ao questionário.

**Gráfico 1 - Distribuição total de respondentes por UCCI**



A população-alvo é constituída maioritariamente por profissionais do sexo feminino 91,8 % sobre 6,1% do masculino. Estes dados são sobreponíveis aos da bibliografia consultada (Wisniewski, et al., 2007; Costa, 2013; Handler et al., 2006; Hughes e Lapane, 2006; RNCCI, 2010; Costa, 2013).

**Gráfico 2 - Distribuição por género**



A variabilidade de idades dos profissionais de saúde, varia entre os 23 e os 69 anos, sendo a média de idades de 32,87 o que nos leva a afirmar que são maioritariamente profissionais

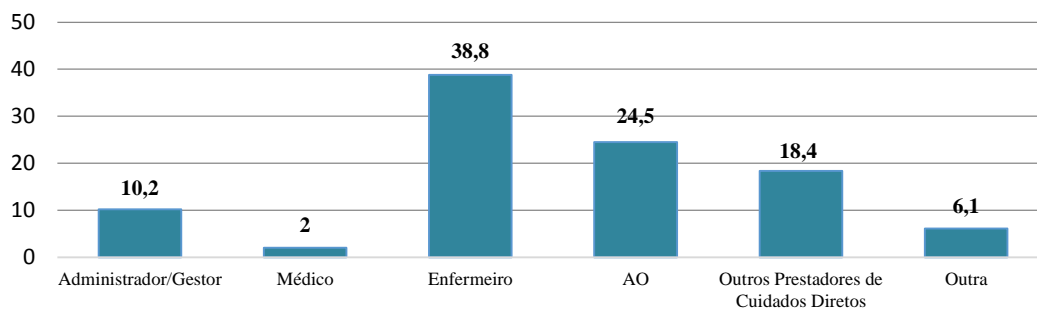
jovens, estando de acordo com dados de estudos realizados em Portugal (Costa, 2013; RNCCI, 2010).

**Gráfico 3 - Distribuição por Idade**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Idade</b>	47	23,00	69,00	32,8723	10,39569

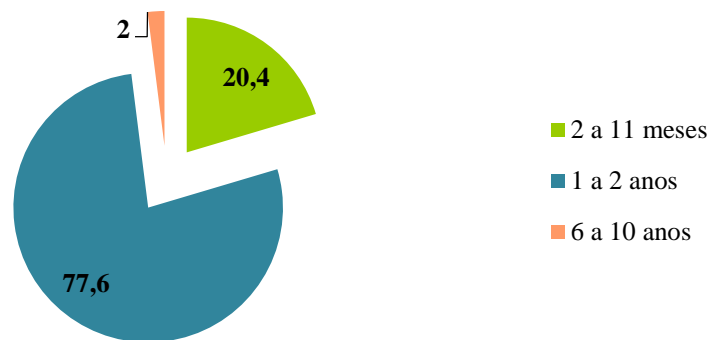
O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros (n=19) (38,8%), seguido das assistentes operacionais (n=12) (24,5%), outros prestadores de cuidados diretos (n=9) (18,4%), administrador/gestor (n=5) (10,2%), um médico (2%), uma cozinheira (2%), uma auxiliar de ação educativa (2%) e uma psicóloga (2%). Não se verificando nenhum profissional inserido na categoria administrativo. Estes resultados confirmam dados de outros estudos portugueses quando colocam o enfermeiro na linha da frente na prestação de cuidados ao cliente (Costa, 2013; RNCCI, 2010). Surgem diferenças em relação ao estudo realizado pela AHRQ (2011) onde o grupo profissional de respondentes mais representado, foram as auxiliares de enfermagem (35%), seguido do pessoal de apoio (18%), enfermeiros (17%), e médicos (1%).

**Gráfico 4 - Distribuição por grupo profissional**



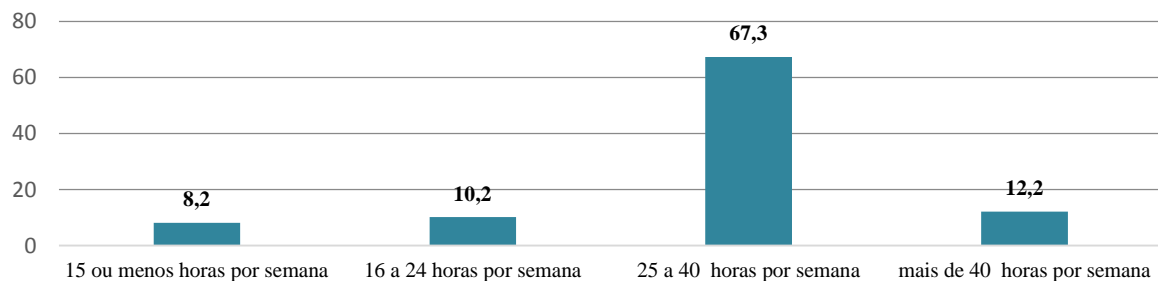
Em relação ao tempo que os profissionais trabalham na UCCI, verifica-se que neste estudo a grande percentagem (77,6%) trabalha entre 1 a 2 anos, em contraste com a menor percentagem (2%) que trabalham entre 6 a 10 anos. Este dado deve-se ao facto de a RNCCI ter sido criada em Novembro de 2006, considerando-se a existência deste tipo de unidades à relativamente poucos anos. Dos restantes respondentes 20,4% refere que trabalham há menos de 2 meses. Resultados diferentes foram encontrados em outros estudos, onde a maioria dos profissionais trabalha entre 3 a 5 anos (Costa, 2013), 6 anos ou mais (AHRQ, 2011), 6,7 anos (Hughes e Lapane, 2006) e, por último 9,8 anos (Handler et al., 2006).

**Gráfico 5** - Distribuição pelo tempo que trabalham na UCCI



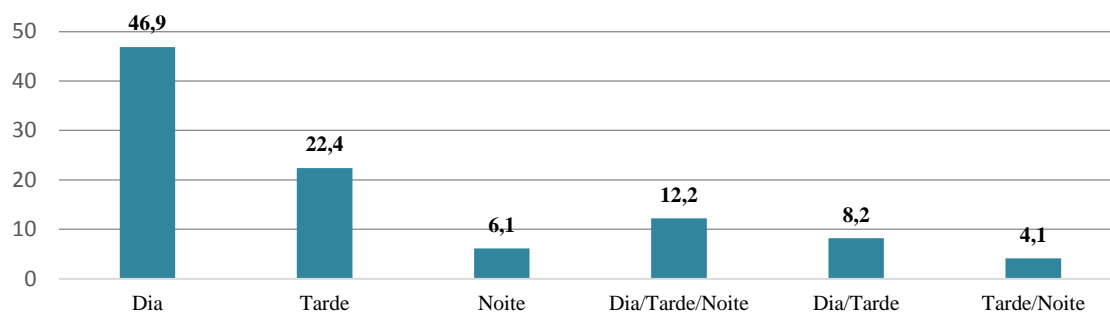
No que diz respeito ao número de horas que os respondentes trabalham nas UCCI's em estudo, observa-se que a grande maioria 67,3% refere trabalhar entre 25 a 40 horas por semana, 12,2 % menciona que trabalha mais de 40 horas por semana, 10,2% trabalha entre 16 a 24 horas por semana e por ultimo, 8,2% afirma que trabalha 15 ou menos horas por semana. Resultados semelhantes foram encontrados noutros estudos (Costa, 2013; AHRQ, 2011, Wisniewski, et al., 2007; Handler et al., 2006).

**Gráfico 6** - Distribuição pelo número de horas que os respondentes trabalham por semana



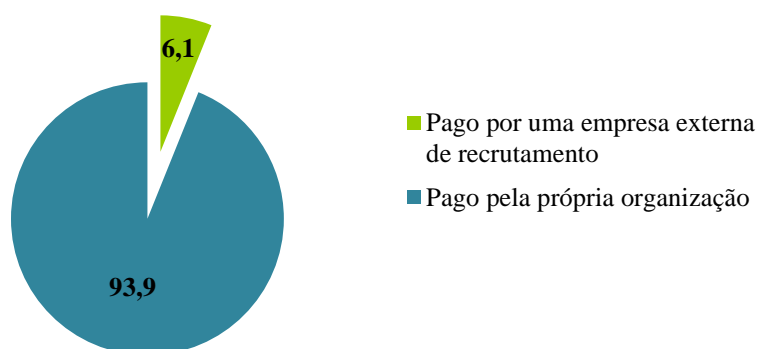
Relativamente ao turno que os profissionais trabalham mais frequentemente, constata-se que a maioria 46,9% trabalha mais frequentemente durante o dia, 22,4% revela trabalhar mais frequentemente no turno da tarde, 6,1% no turno da noite. Ainda, 12,2% referiu simultaneamente os três turnos, 8,2% da população-alvo agrupou os dois primeiros turnos e 4,1% agrupou os dois últimos turnos.

**Gráfico 7 - Distribuição por frequência de turno**



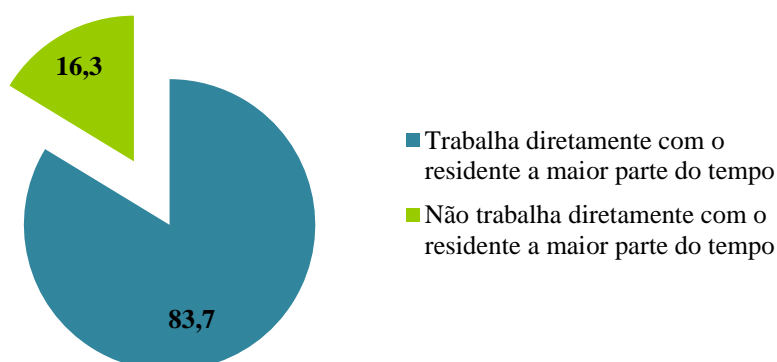
93,9% dos inquiridos refere que não é pago por uma empresa externa de recrutamento e apenas 6,1% refere ser pago por uma empresa externa de recrutamento.

**Gráfico 8 - Distribuição por entidade que é pago**



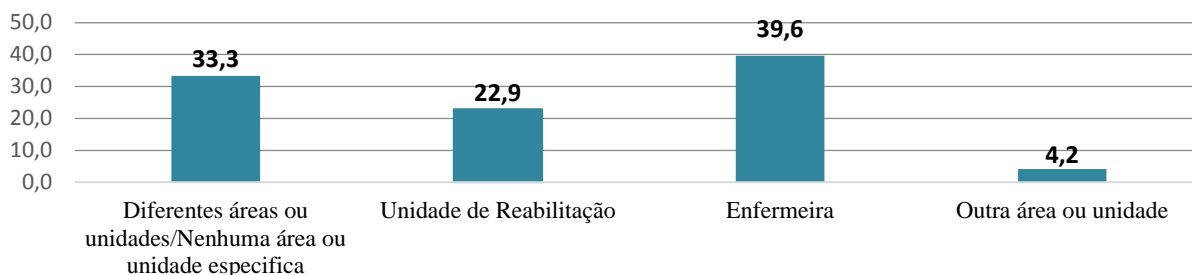
Quando questionados se trabalham a maior parte do tempo diretamente com o cliente, 83,7% afirma que sim e 16,3% responde que não.

**Gráfico 9 - Distribuição por interação direta com o cliente**



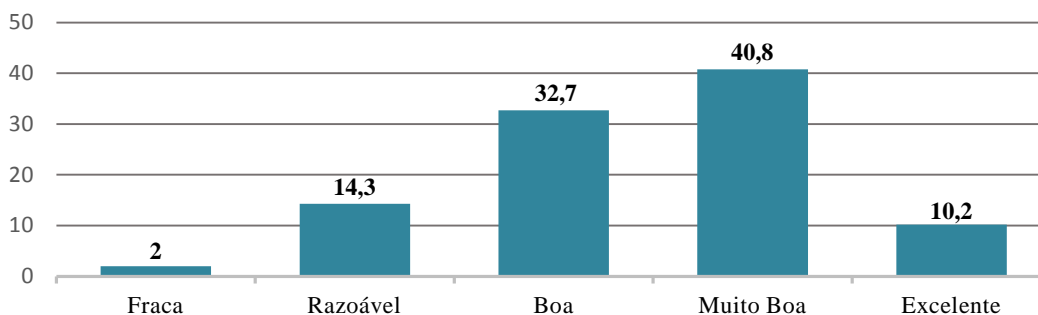
Como seria de esperar, os inquiridos dedicam a maior parte do seu tempo na enfermaria (39,6%), 33,3% dedica a maior parte do seu tempo em diferentes áreas ou unidades, 22,9 % dedica a maior parte do seu tempo na unidade de reabilitação, 2,1% refere na administração e 2,1% refere na cozinha.

**Gráfico 10 - Distribuição por unidade de trabalho**



Em relação à avaliação global das UCCI relacionada com a segurança, observa-se que 40,8% dos profissionais avalia a unidade como muito boa, 10,2% como excelente, 32,7% como boa, 14,3% como razoável e apenas 2% avalia-a como fraca. Resultados semelhantes foram obtidos noutros estudos (AHRQ, 2011; Costa, 2013). Num inquérito de monitorização da satisfação dos clientes das UCCI, promovido pela RNCCI (2008) 96,6% da população-alvo avaliou a UCCI como boa (71,4%) ou muito boa (25,2%) e ninguém a referenciou como má.

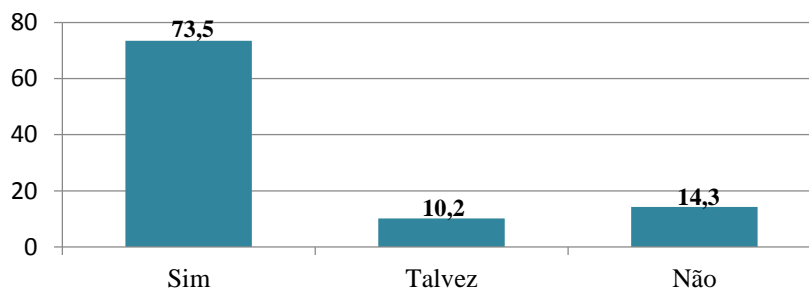
**Gráfico 11 - Avaliação Global da Unidade**



Ainda, 73,5% afirma que diria aos seus amigos que a unidade é segura para os seus familiares, 10,2% refere talvez e 14,3% afirma que não aconselharia aos seus amigos a unidade. Também estes resultados são semelhantes aos do estudo de Costa (2013) e do estudo piloto da AHRQ (2011). Os resultados do inquérito realizado pela RNCCI (2008) apontam

que 98% dos inquiridos não hesitaria em recomendar a unidade a um amigo ou familiar que necessitasse destes cuidados.

**Gráfico 12 - Recomendação da unidade aos amigos**



### **Avaliação das 12 dimensões**

Das 12 dimensões da CS, surge a “Perceção geral da segurança do residente” com a maior taxa de respostas positivas (79,6%), o que representa ser um ponto forte, na medida em que os inquiridos percecionam que os clientes são bem tratados nas UCCI’s em estudo. A segunda dimensão com a maior taxa de respostas positivas é o “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes” (78,1%). As áreas de potencial melhoria, com um conjunto de respostas menos positivas abaixo dos 50%, concentram-se fundamentalmente, em três dimensões: Resposta não punitiva a erros (40,3%), pessoal (40,8%) e conformidade com os procedimentos (44,9%). A perceção dos profissionais vai ao encontro da opinião dos inquiridos do estudo da AHRQ (2011), onde foram identificados os mesmos pontos fortes e as mesmas áreas de melhoria, à exceção da dimensão pessoal. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Costa (2013). Uma maior visualização e comparação dos resultados é possível através da tabela 1.

**Gráfico 13 - Distribuição pelas 12 dimensões da CS**



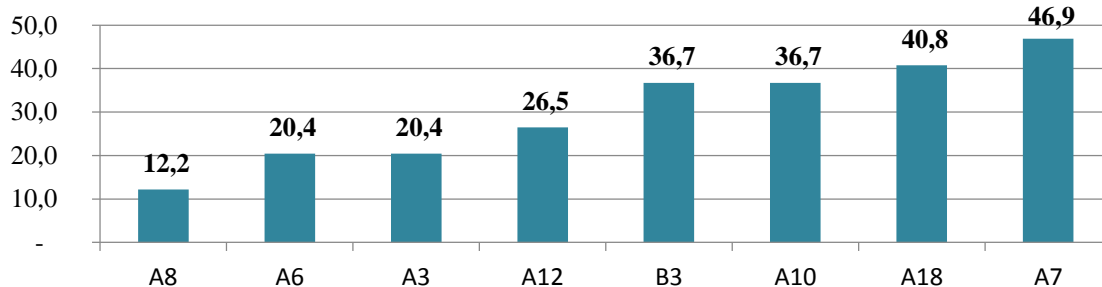
**Tabela 1 - Distribuição pelas 12 dimensões da CS**

	% Respostas Positivas	Costa (2013)	AHRQ (2011)
<b>Trabalho de equipa</b>			
A1 - Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito	75,50%	73,90%	65%
A2 - Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.	65,30%	55,70%	65%
A5 - Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	61,20%	69%	62%
A9 - Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	59,20%	67,10%	64%
Média % Respostas Positivas	<b>65,3%</b>	<b>66,42%</b>	<b>64%</b>
<b>Pessoal</b>			
A3 - Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	20,40%	32%	41%
A8 - Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	12,20%	12,30%	35%
A16 - As necessidades do residente são conhecidas nas mudanças de turno.	75,50%	56,30%	64%
A17 - É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.	55,10%	24,30%	67%
Média % Respostas Positivas	<b>40,8%</b>	<b>31,22%</b>	<b>52%</b>
<b>Conformidade com os procedimentos</b>			
A4 - Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados.	63,30%	74,80%	82%
A6- Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	20,40%	65,80%	44%
A14 - Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.	51%	51,20%	65%
Média % Respostas Positivas	<b>44,9%</b>	<b>63,93%</b>	<b>64%</b>
<b>Formação e capacitação da equipa</b>			
A7- Os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade	46,90%	65,30%	75%
A11 – Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	59,20%	51,60%	59%
A13 - Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta Unidade.	63,20%	69,90%	78%
Média % Respostas Positivas	56,4%	62,26%	71%
<b>Resposta não punitiva a erros</b>			
A10 – Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	36,70%	24,60%	42%

A12 - Os profissionais têm medo de notificar os seus erros	26,50%	43%	51%
A15 - Os profissionais, quando cometem erros, são tratados de forma justa.	57,10%	45,70%	56%
A18 - Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.	40,80%	46,10%	55%
Média % Respostas Positivas	<b>40,3%</b>	<b>39,85%</b>	<b>51%</b>
<b>Transmissão de informação nas Passagens de Turno</b>			
B1 - Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.	67,30%	63%	66%
B2 - Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.	61,20%	33,50%	55%
B3 - Recebemos todas as informações necessárias quando o residente vem transferido de um hospital.	36,70%	38,30%	54%
B10 - Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.	71,40%	64,80%	71%
Média % Respostas Positivas	<b>59,1%</b>	<b>49,9%</b>	<b>61%</b>
<b>Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes</b>			
B4 - Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução.	79,60%	74,90%	80%
B5 - Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.	79,60%	75,30%	83%
B6 - Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.	77,60%	85,40%	87%
B8 - Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.	75,50%	64,80%	84%
Média % Respostas Positivas	<b>78,1%</b>	<b>75,1%</b>	<b>84%</b>
<b>Abertura para a Comunicação</b>			
B7 - As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.	65,30%	41,10%	59%
B9 - Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.	67,30%	43,40%	51%
B11 - Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade	65,30%	48,40%	57%
Média % Respostas Positivas	<b>66%</b>	<b>44,3%</b>	<b>56%</b>
<b>Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente</b>			
C1 - O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do residente.	79,60%	68,50%	79%
C2 - O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	61,20%	46,10%	73%
C3 - O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente nesta Unidade.	79,60%	69,40%	85%
Média % Respostas Positivas	<b>73,5%</b>	<b>61,3%</b>	<b>79%</b>
<b>Perceção geral da segurança do residente</b>			
D1 - Os residentes são bem cuidados nesta Unidade.	81,60%	87,20%	86%
D6 - Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	75,50%	53%	75,50%
D8 - Esta Unidade é um lugar seguro para o residente.	81,60%	80,30%	81,60%
Média % Respostas Positivas	<b>79,6%</b>	<b>73,5%</b>	<b>86%</b>
<b>Apoio da gestão para a segurança do residente</b>			
D2 - Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do residente.	63,30%	47,90%	68%
D7 - Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	71,40%	53%	67%
D9 - Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado.	67,30%	45,20%	72%
Média % Respostas Positivas	<b>67,3%</b>	<b>48,7%</b>	<b>69%</b>
<b>Aprendizagem organizacional</b>			
D3 - Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	61,30%	58,50%	67%
D4 - É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do residente.	53,10%	48,80%	66%
D5 - Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	65,30%	52,50%	78%
D10 - Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	57,10%	52%	75%
Média % Respostas Positivas	<b>58,7%</b>	<b>52,95%</b>	<b>72%</b>

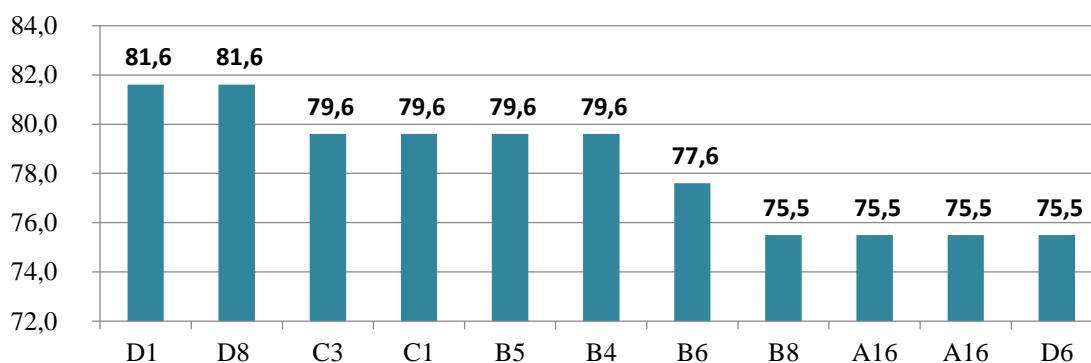
Relativamente, aos itens que apresentam as percentagens mais baixas de respostas positivas, são: “os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho” (A8) (12,2%), “os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho rapidamente” (A6) (20,4%), “nesta unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho” (A3) (20,4%), “os profissionais têm medo de notificar os seus erros” (A12) (26,5%), “recebemos todas as informações necessárias quando o residente vem transferido de um hospital” (B3) (36,7%), “os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano” (A10) (36,7%), “os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros” (A18) (40,8%) e, por último, com 46,90% os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta unidade (A7). Posto isto, estes itens representam pontos de melhoria, aos quais as UCCI devem olhar por forma a aumentar a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados.

**Gráfico 14 - Itens com percentagens mais baixas de respostas positivas**



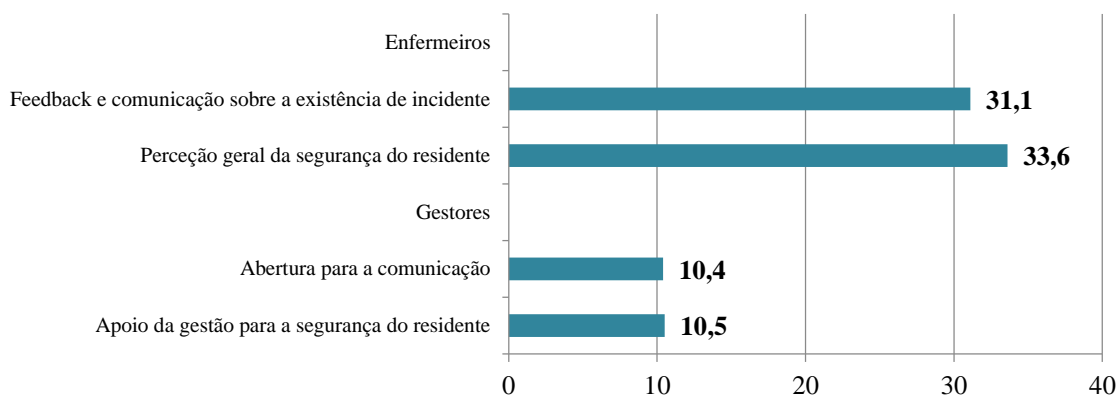
Por sua vez, os itens com maior taxa de respostas positivas (superior a 75%) são os seguintes: “os residentes são bem cuidados nesta unidade (D1) (81,6%)”, “esta unidade é um lugar seguro para o residente” (D8) (81,6%), “O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente nesta unidade” (C3) (79,6%), “o meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do residente” (C1) (79,6%), “nesta unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam” (B5) (79,6%), “quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução” (B4) (79,6%), “os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente” (B6) (77,6%), “nesta unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos” (B8) (75,5%), “as necessidades do residente são conhecidas nas mudanças de turno” (A16) (75,5%), “nesta unidade os profissionais relacionam-se com respeito” (A1) (75,5%), e por último, “esta unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente (D6) (75,5%).

**Gráfico 15 - Itens com maior taxa de respostas positivas**



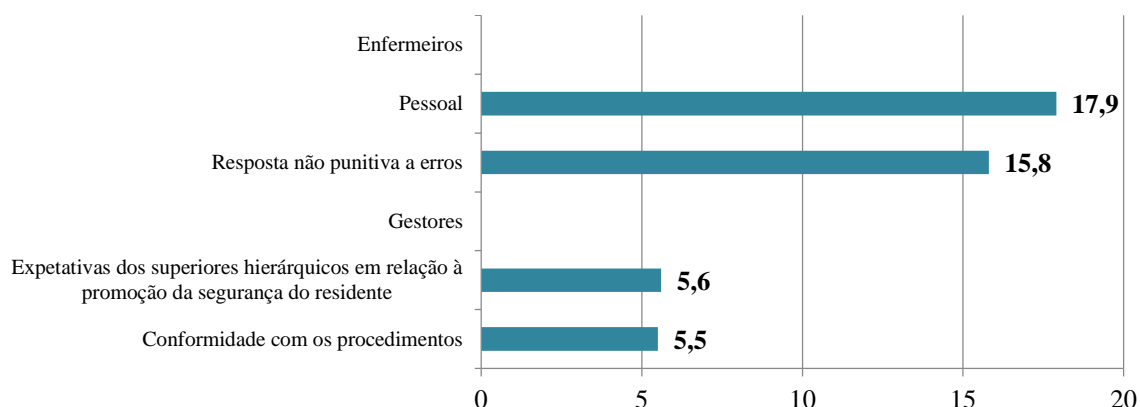
Quando comparado a percepção dos enfermeiros com a dos gestores são observadas diferenças. Os enfermeiros obtiveram maior taxa de respostas positivas, nas dimensões “percepção geral da segurança do residente” (33,6%) e “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes” (31,1%). Por sua vez, a maior taxa de respostas positivas dos gestores, recaiu sobre as dimensões “Apoio da gestão para a segurança do residente” (10,5%) e “Abertura para a comunicação” (10,4%).

**Gráfico 16 - Maior taxa de respostas positivas dos enfermeiros e dos gestores**



Como áreas de potencial melhoria, com respostas menos positivas, na perspetiva dos enfermeiros surgem as dimensões “resposta não punitiva a erros” (15,8%) e “pessoal” (17,9%), e na perspetiva da gestão “Conformidade com os procedimentos” (5,5%) e “Expetativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente” (5,6%). Para uma maior visualização e comparação dos resultados é possível através da tabela 2.

**Gráfico 17 - Menor taxa de respostas positivas dos enfermeiros e dos gestores**



**Tabela 2 - Distribuição dos itens pelas 12 dimensões da CS segundo a perceção dos gestores e enfermeiros**

	% Respostas Positivas	
	Gestores	Enfermeiros
<b>Trabalho de equipa</b>		
A1 - Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito	10,2%	32,7%
A2 - Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.	6,4%	27,6%
A5 - Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	6,1%	24,5%
A9 - Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	8,5%	25,6%
Média % Respostas Positivas	<b>7,8</b>	<b>27,6%</b>
<b>Pessoal</b>		
A3 - Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	6,3%	8,4%
A8 - Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	4,1%	2,0%
A16 - As necessidades do residente são conhecidas nas mudanças de turno.	10,2%	32,7%
A17 - É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.	6,1%	28,6%
Média % Respostas Positivas	<b>6,67%</b>	<b>17,92%</b>
<b>Conformidade com os procedimentos</b>		
A4 - Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados.	6,1%	24,4%
A6 - Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	4,2%	6,3%
A14 - Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.	6,3%	27,1%
Média % Respostas Positivas	<b>5,53%</b>	<b>19,26%</b>
<b>Formação e capacitação da equipa</b>		
A7 - Os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade	6,1%	18,3%
A11 - Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	4,1%	10,2%
A13 - Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta Unidade.	8,2%	28,5%
Média % Respostas Positivas	<b>6,13%</b>	<b>19,0%</b>
<b>Resposta não punitiva a erros</b>		
A10 - Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	4,1%	14,3%
A12 - Os profissionais têm medo de notificar os seus erros	4,2%	8,4%
A15 - Os profissionais, quando cometem erros, são tratados de forma justa.	8,1%	22,4%

A18 - Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.	6,1%	18,3%
Média % Respostas Positivas	<b>5,62%</b>	<b>15,85%</b>
<b>Transmissão de informação nas Passagens de Turno</b>		
B1 – Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.	6,1%	26,5%
B2 - Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.	10,2%	22,5%
B3 - Recebemos todas as informações necessárias quando o residente vem transferido de um hospital.	8,4%	14,6%
B10 - Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.	10,4%	27,1%
Média % Respostas Positivas	<b>8,77%</b>	<b>22,67%</b>
<b>Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes</b>		
B4 - Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução.	10,5%	33,3%
B5 - Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.	10,2%	28,6%
B6 - Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.	8,4%	31,3%
B8 - Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.	10,4%	31,3%
Média % Respostas Positivas	<b>9,87%</b>	<b>31,12%</b>
<b>Abertura para a Comunicação</b>		
B7 - As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.	10,2%	28,5%
B9 - Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.	10,6%	32,0%
B11 - Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade	10,4%	25,1%
Média % Respostas Positivas	<b>10,4%</b>	<b>28,53%</b>
<b>Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente</b>		
C1 – O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do residente.	6,4%	31,9%
C2 - O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	4,2%	25,1%
C3 - O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente nesta Unidade.	6,3%	33,3%
Média % Respostas Positivas	<b>5,63%</b>	<b>30,1%</b>
<b>Perceção geral da segurança do residente</b>		
D1 – Os residentes são bem cuidados nesta Unidade.	10,2%	34,7%
D6 - Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	10,2%	30,6%
D8 - Esta Unidade é um lugar seguro para o residente.	8,4%	35,5%
Média % Respostas Positivas	<b>9,6%</b>	<b>33,6%</b>
<b>Apoio da gestão para a segurança do residente</b>		
D2 - Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do residente.	10,7%	29,8%
D7 - Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	10,4%	27,1%
D9 - Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado.	10,4%	25,1%
Média % Respostas Positivas	<b>10,5%</b>	<b>27,33%</b>
<b>Aprendizagem organizacional</b>		
D3 - Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	6,3%	27,1%
D4 - É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do residente.	6,3%	20,9%
D5 - Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	8,1%	26,5%
D10 - Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	10,2%	18,4%
Média % Respostas Positivas	<b>7,72%</b>	<b>23,22%</b>

## Distribuição das respostas da população-alvo aos itens do questionário

Gráfico 18 - Distribuição das respostas face à dimensão Trabalho de Equipa

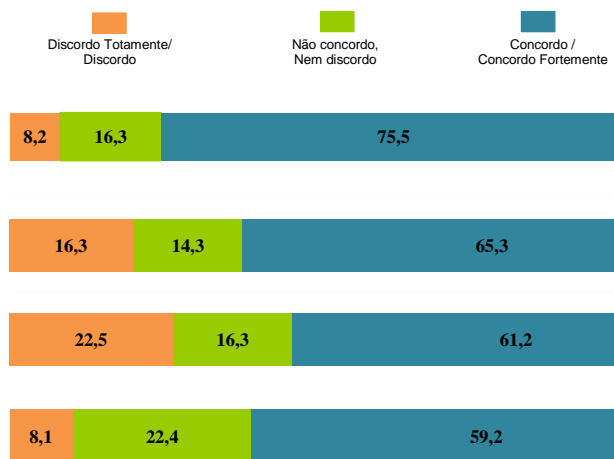
### 1. Trabalho de equipa

**A1** - Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito.

**A2** - Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.

**A5** - Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.

**A9** - Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.



Quanto à dimensão trabalho em equipa, constata-se que a maioria dos respondentes, refere que os profissionais relacionam-se com respeito (A1) (75,5%), apoiam-se mutuamente (A2) (65,3%), sentem que fazem parte de uma equipa (A5) (61,2%) e recebem ajuda de outros, quando têm sobrecarga de trabalho (A9) (59,2%). Diante dos resultados, pode afirmar-se, que a maioria dos profissionais trabalha em equipa para cuidar do cliente, o que na opinião de alguns autores este envolvimento é considerado fundamental para a segurança do mesmo (AHRQ, 2011; Hughes, 2008; Chaboyer et al., 2013; Sammer et al., 2010). Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos em outros estudos semelhantes (Costa, 2013; AHRQ, 2011; Hughes e Lapane, 2006). Hughes e Lapane (2006), verificaram ainda, que 23% dos enfermeiros referiram que alguns profissionais não querem ajudar os outros, trabalhando estes por conta própria.

A nível nacional, a DGS (2011a) recomenda que se desenvolva uma política para a segurança do cliente que preconize o trabalho em equipa enquanto competência basilar de todos os profissionais de saúde. De igual forma, a AHRQ (2011a), menciona que a melhoria da qualidade depende fortemente do trabalho em equipa. Deste modo, é importante a existência de um ambiente de trabalho positivo, onde os profissionais colaborem entre si por forma a alcançar melhores resultados de segurança e qualidade dos cuidados. A ordem dos enfermeiros (2007) salienta que para promover um trabalho de equipa efetivo, a organização deve treinar em equipa aqueles que, supostamente, devem intervir em equipa.

**Gráfico 19** - Distribuição das respostas face à dimensão Pessoal

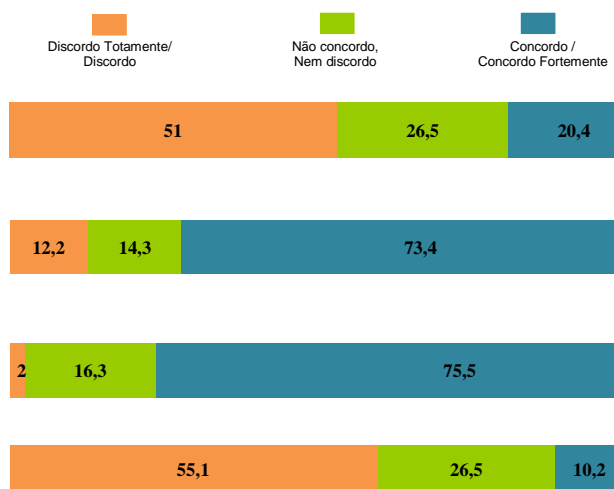
**2. Pessoal**

**A3** - Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.

**A8** - Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.

**A16** - As necessidades do residente são conhecidas nas mudanças de turno.

**A17** - É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.



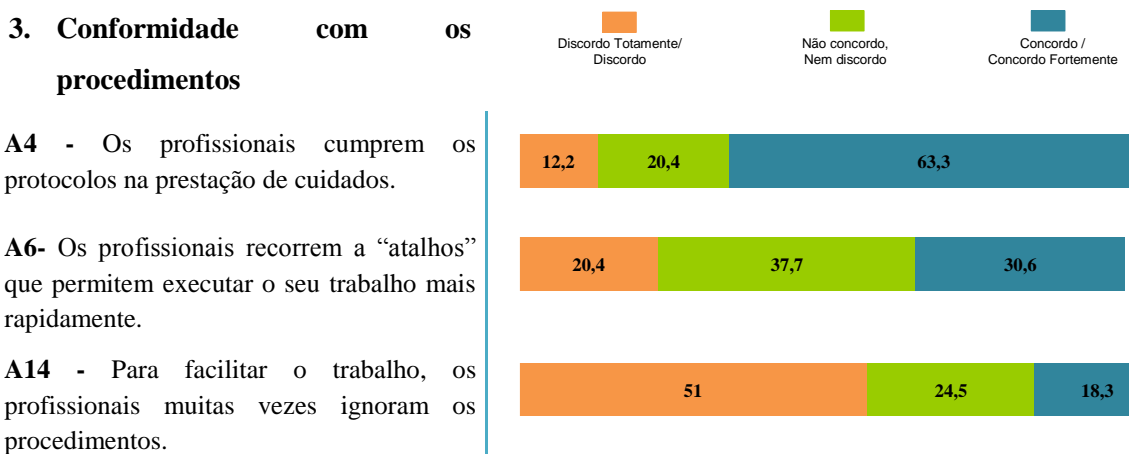
Relativamente à dimensão *Pessoal* verifica-se que a grande maioria discorda (40,8%) ou discorda fortemente (10,2%) que o número de profissionais é suficiente para assegurar a quantidade de trabalho na unidade (A3). Este resultado coloca em evidência a reestruturação das organizações de saúde, onde são aplicadas medidas de redução de custos, tais como, a redução do número de profissionais qualificados, comprometendo a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados prestados, destacando-se como um motivo de preocupação. Num estudo realizado por Aiken et al. (2001) os autores observaram que a existência de poucos enfermeiros na organização inibe a prestação de cuidados de elevada qualidade e a capacidade de deixar o trabalho feito. Outros estudos também demonstraram insatisfação com o número de colaboradores (Castle e Soon, 2006; AHRQ, 2011; Costa, 2013). Por outro lado, Handler et al. (2006) obtiveram resultados diferentes, onde os enfermeiros consideraram a existência de colaboradores suficientes para assegurar a quantidade de trabalho. Segundo o ICN (2012), a falta de profissionais, nomeadamente os enfermeiros é um fator importante para a segurança do cliente. Com efeito, a maioria da população-alvo afirma que têm de realizar as tarefas rapidamente porque existe bastante trabalho (73,4%) (A8). Este deve ser considerado como um fator a otimizar visto que, na opinião de Carthey e Clarke (2010), o profissional de saúde sob a influência do *stress* de trabalho tem um maior risco de cometer um erro. Estes resultados também são partilhados pelo estudo piloto da AHRQ (2011). No entanto, outros estudos apontam para resultados diferentes (Costa, 2013; Handler et al., 2006).

Por outro lado, os profissionais consideram que as necessidades dos residentes são conhecidas nas mudanças de turno (75,5%) (A16), o qual apresenta-se como um fator

importante para a continuidade dos cuidados, repercutindo-se na segurança do cliente. Visto que, uma passagem de turno efetiva apoia a transmissão de informações fundamentais, assegura a continuidade dos cuidados, respetivo tratamento (Friesen, White, Byers, 2008) e aumenta a segurança do cliente (Page, 2008; IOM, 2001). Este resultado vai de encontro aos achados de outros estudos (Costa, 2013; AHRQ, 2011).

Verifica-se também, que a maioria dos respondentes discorda (38,8%) ou discorda fortemente (16,3%) que os profissionais pretendem deixar o emprego (A17). Este resultado merece ser destacado pois existe algumas evidências de ligação entre a CS e o *turnover* dos colaboradores (Scott-Cawiezell e Vogelsmeier, 2006; The Health Foundation, 2011). Nesta perspetiva, Fragata e Martins (2004) afirmam que o *turnover* excessivo do *staff*, prejudica a qualidade do trabalho e a segurança do residente. Num estudo realizado por Castle e Soon (2006), os autores verificaram uma taxa anual de turnover dos enfermeiros de 33%. Também o estudo de Costa (2013) revelou que os colaboradores pretendem deixar o seu emprego. Contudo, surgem diferenças no estudo piloto realizado pela AHRQ (2011). Os autores Wagner e Rust (2008), enfocam que o recrutamento e a retenção de profissionais nas LTC é uma questão-chave, onde mais colaboração é necessária por forma a garantir espaços de formação adequados bem como, fornecer uma compreensão justa e oportunidades de carreira atraentes na prestação de cuidados a idosos. Sobre esta relação, a Department of Health (2000) salienta que os profissionais podem sair e entrar da organização mas uma CS eficaz deve persistir.

**Gráfico 20** - Distribuição das respostas face à dimensão Conformidade com os procedimentos



Em relação à dimensão *conformidade com os procedimentos*, verificamos que os profissionais sentem que cumprem os protocolos na prestação de cuidados (63,3%) (A4), o

qual segundo a evidência científica revela-se um bom indicador para a segurança do cliente, prevenindo riscos e garantindo melhores resultados (Delgado, 2009).

Quando questionados se recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente (A6), 20,4% discorda, 34,7% não concorda, nem discorda e 12,2,% não sabe ou não se aplica à sua categoria profissional. Através destes resultados, constatamos que talvez a palavra “atalhos” não tenha sido explícita para os respondentes mantendo-se estes numa posição neutra. Resultados diferentes são demonstrados em outros estudos (Costa, 2013; AHRQ, 2011). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007) um dos princípios para a criação de um sistema seguro de prestação de cuidados passa por standardizar, sempre que possível, os processos de trabalho. Desta forma, a organização deve uniformizar os procedimentos para que todos os profissionais possam seguir a mesma linha e aumentar a segurança do cliente.

Por seu turno, os profissionais discordam (44,9%) ou discordam fortemente (6,1%) que para facilitar o trabalho, muitas vezes ignoram os procedimentos (A14). Resultados semelhantes foram obtidos no estudo da AHRQ (2011) ao contrário dos resultados obtidos no estudo de Costa (2013). Neste âmbito, a Ordem dos Enfermeiros (2006) refere que o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente; (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Em suma, é possível observar que os profissionais sentem que conhecem e utilizam de forma consciente as políticas, procedimentos e os protocolos das UCCI's sendo este um aspeto organizacional importante para a CS da organização. Segundo Fragata e Martins (2004) é necessário que a organização possua princípios, políticas, procedimentos e práticas de atuação, que lhe permitam reagir aos acidentes e atuar pró-ativamente na sua prevenção (Fragata e Martins, 2004). O IOM (1999) salienta que o cliente deve ter a garantia que o profissional irá proceder corretamente e com a segurança para que este tenha a melhor chance de alcançar o resultado desejado.

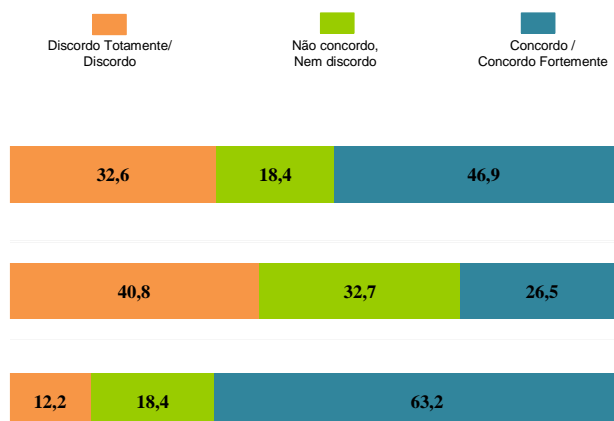
**Gráfico 21** - Distribuição das respostas face à dimensão formação e capacitação da equipa

#### 4. Formação e Capacitação da equipa

**A7-** Os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade

**A11** – Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.

**A13** - Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta Unidade



Conforme pode observar-se na dimensão *formação e capacitação da equipa*, uma parte dos profissionais percebe que têm a formação que necessitam para trabalhar na unidade (46,9%) (A7), para lidar com residentes difíceis (59,2%) (A11) e, ainda, compreendem a formação que lhes é proporcionada na unidade (63,2%) (A13). Estes dados não corroboram com os resultados de estudos existentes (Costa, 2013; AHRQ, 2011) e permitem visualizar que as UCCI's necessitam de investir na formação dos profissionais com vista a desenvolverem conhecimentos e competências no âmbito da segurança do cliente, aprimorando a formação para lidarem com clientes difíceis. De notar, que a formação é recomendada como uma estratégia para prevenir erros e melhorar a segurança do cliente (Wisniewski et al., 2007; IOM, 2000), a fim de modificar as condições que contribuem para os erros (Donaldson, 2008). Nesta lógica, os autores Carthey e Clarke (2010) afirmam que existe um crescente reconhecimento que a formação e as ferramentas que abordam as barreiras culturais e competências não técnicas, podem ter um efeito positivo no ambiente de trabalho de segurança do cliente. Em relação aos enfermeiros, também a autora Page (2004) acresce que o nível de conhecimentos e competências destes profissionais afetam os resultados e a segurança do cliente.

**Gráfico 22** - Distribuição das respostas face à dimensão Resposta não punitiva a erros

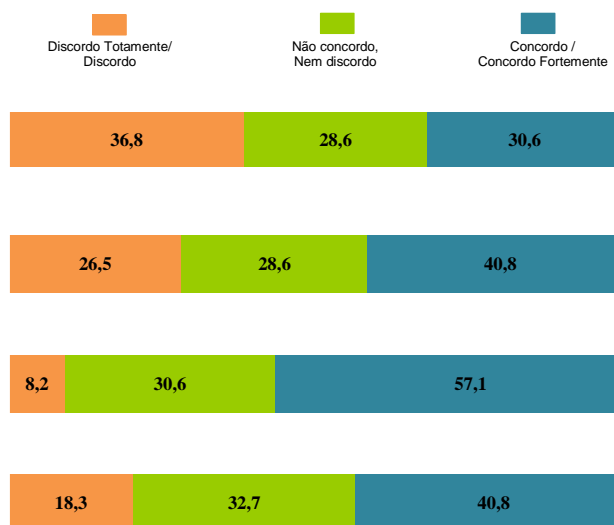
### 5. Resposta não punitiva a erros

**A10** – Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.

**A12** - Os profissionais têm medo de notificar os seus erros

**A15** - Os profissionais, quando cometem erros, são tratados de forma justa.

**A18** - Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.



Relativamente à dimensão Resposta não punitiva a erros, 28,6% dos profissionais discorda que são culpabilizados quando algum residente sofre um dano (A10), 8,2% discorda fortemente, 26,5% concorda, 4,1% concorda fortemente e 28,6% não concorda, nem discorda com a afirmação. Quando comparados com outros estudos estes resultados não são inesperados, onde perpetuou um ambiente punitivo nas nursing homes (Handler et al., 2006; Handler et al., 2004; Hughes e Lapane, 2006; Scott-Cawiezell et al., 2006; AHRQ, 2011; Costa, 2013). Pela análise dos dados, observa-se uma distribuição muito equitativa de opiniões entre os profissionais. Percebe-se que alguns profissionais, ainda sentem que predomina uma cultura de culpabilização, o que não é favorável para a organização pois segundo Doran (2011) uma cultura de culpabilização desencoraja os profissionais a notificarem os erros, o que leva à subnotificação e, em última instância, a uma incapacidade de identificar ou corrigir problemas no sistema que provocam ou contribuem para a ocorrência de erros. Contudo, é notório que nem todos os profissionais partilham desta opinião, onde uma percentagem ligeiramente superior, não se sentem culpabilizados pelo seu mau desempenho, o que encoraja à comunicação do erro e posterior aprendizagem. Esta ação permite à organização olhar para os fatores organizacionais e da gestão – fatores sistémicos – que permitiram que o EA ocorresse (ECRI Institute, 2009). Assim, de modo a promover uma opinião homogénea entre os profissionais as UCCI's objeto de estudo, devem olhar para além do indivíduo e procurar a questão latente do erro. Desta forma, substituir uma cultura de culpabilização por uma cultura justa centrada na segurança requer um compromisso organizacional e de mudança (Scott-Cawiezell et al., 2006).

Com efeito, 40,8% dos inquiridos percecionam que os profissionais têm medo de notificar os seus erros (A12). Em parte, este resultado, pode ser explicado pelo sentimento de culpabilização descrito anteriormente e sentido por alguns dos inquiridos, não sendo este positivo para o desenvolvimento de uma CS na organização. Contudo, 26,5% da população-alvo não partilha da mesma opinião, o que demonstra que estes profissionais encontram-se despertados para a notificação de incidentes ao comunicarem as suas próprias falhas. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de Costa (2013) e no estudo de Hughes e Lapane (2006). Estes últimos, registaram que 2 em cada 5 colaboradores, afirmaram que notificar os erros foi visto como um “ataque pessoal.” De acordo com a OMS (2005a) os profissionais que notificam um EA não devem ser punidos ou sofrer qualquer efeito negativo a partir da notificação, esta deve ser segura e tem como papel fundamental melhorar a segurança do cliente, aprendendo com as falhas do sistema dos cuidados de saúde. Assim, a organização não deve culpabilizar o profissional pelo seu mau desempenho mas sim encorajar o mesmo à comunicação e notificação do incidente. Os profissionais devem aceitar que são responsáveis por implementar e manter sistemas de prestação de cuidados seguros e devem levar a sério essas responsabilidades (ECRI Institute, 2009). Por sua vez, o líder deve certificar-se que a equipa compreende que a notificação de eventos adversos é bem-vinda e encorajada (Carthey e Clarke, 2010).

Um resultado contraditório, surge quando mais de metade da população-alvo, sente que, quando cometem erros, são tratados de forma justa (57,1%) (A15) e 40,8% sentem-se seguros ao notificar os seus erros (A18), Estes resultados são parecidos aos obtidos nos estudos de Costa (2013) e AHRQ (2011) e podem ser explicados, pela distribuição muito equitativa de opiniões, entre as quais alguns profissionais mantiveram-se neutros nas afirmações anteriores. Na opinião de Carthey e Clarke (2010), quando a cultura organizacional e da equipa é aberta e justa, os profissionais de saúde são mais propensos a notificarem os incidentes. E, a notificação do erro é fundamental para a prevenção do mesmo (Wolf e Hughes, 2008), para isso, é essencial que os líderes inculquem atitudes positivas em relação à notificação de incidentes entre todos os grupos de profissionais (Carthey e Clarke, 2010) numa atmosfera de confiança (Firth-Cozens, 2002). Posto isto, será importante que as organizações de saúde reconheçam o elevado risco e a natureza propensa a erros dos cuidados de saúde, incentivem os profissionais de saúde a notificarem os erros por forma, a promoverem uma CS (Doran, 2011).

**Gráfico 23** - Distribuição das respostas face à dimensão Transmissão de informação nas passagens de turno

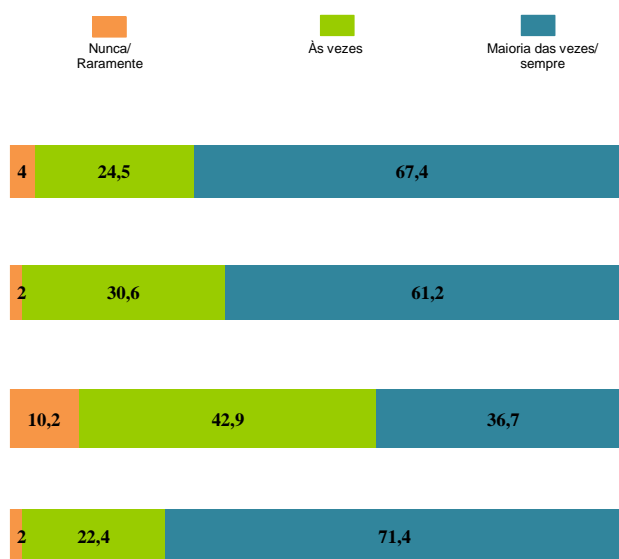
## 6. Transmissão de informação nas Passagens de Turno

**B1** – Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.

**B2** - Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.

**B3** - Recebemos todas as informações necessárias quando o residente vem transferido de um hospital.

**B10** - Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.



Na dimensão *Transmissão de informação nas Passagens de Turno*, observa-se que a maioria dos profissionais sente que recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez (67,3%) (B1) e percebem que são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados (61,2%) (B2). Estes resultados demonstram que os profissionais comunicam eficazmente entre si, assegurando a continuidade dos cuidados ao cliente, visto que durante o seu período de residência na UCCI, este inevitavelmente passa por inúmeros profissionais de saúde, já que mudam de turno a cada oito horas. Este processo introduz um risco para a segurança do cliente, em cada intervalo (WHO, 2007a; AHRQ, 2012b) pois a informação clínica pode não ser transferida com precisão entre os prestadores de cuidados (AHRQ, 2012b). Contudo, apenas 36,7% afirma que, recebem todas as informações necessárias quando o residente vem transferido de um hospital (B3). Este resultado é pouco satisfatório pois evidencia que durante a transferência do cliente do hospital para a UCCI, podem ocorrer erros relacionados com a comunicação. De acordo com a Joint Commission (2012) 80% dos erros médicos graves envolvem a falta de comunicação entre os profissionais de saúde quando os clientes são transferidos ou entregue a outro profissional (Joint Commission, 2012). Por outro lado, 71,4% dos inquiridos afirmam que é-lhes dada toda a informação necessária para cuidar do residente (B4). Este resultado apresenta um bom contributo para a segurança do cliente. Pois, se a comunicação entre os profissionais durante a transferência do cliente para outro profissional, não incluir todas as informações essenciais, ou a informação ser mal interpretada, pode causar uma rutura na continuidade de

cuidados, um tratamento inapropriado e acarretar potenciais danos para o cliente (WHO, 2007a).

**Gráfico 24** - Distribuição das respostas face à dimensão Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes

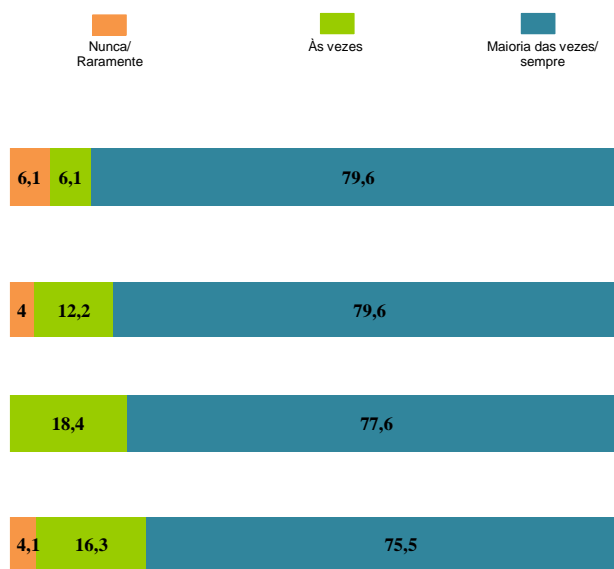
### 7. Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes

**B4** - Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução

**B5** - Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam

**B6** - Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.

**B8** - Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.



Em relação à dimensão *Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes* revelou-se um forte indicador de CS. A maioria da população-alvo, afirma que quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução (79,6%) (B4) e falam sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam na unidade (79,6%) (B5). Estes resultados demonstram que a organização reconhece o erro, repensa a prestação de cuidados e antecipa a ocorrência dos mesmos antes que estes causem dano ao cliente. Segundo Firth-Cozens (2002), a falta de reconhecimento formal dos erros pode deixar de fornecer a oportunidade para o desenvolvimento de novas diretrizes neste âmbito. Além disso, 77,6% dos inquiridos afirmam que os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente (B6) e 75,5% revela que, discutem formas de manter o residente livre de danos (B8). Desta forma, é possível observar que a equipa trabalha em conjunto para promover a segurança, procurando identificar as situações de risco para o cliente. De acordo com Fragata e Martins (2004), é necessário que a organização tenha uma «consciência do erro» e uma política de gestão do erro pois estes aspetos organizacionais pouco custam em termos financeiros, mas são cruciais para a segurança (Fragata e Martins, 2004). O erro profissional é um dos importantes fatores a combater no quadro da defesa de maior segurança nos cuidados de

saúde (Ordem dos enfermeiros, 2007). Assim, é importante que os gestores tenham uma boa compreensão da CS, para que possam tomar decisões informadas sobre estratégias de melhoria (Fleming, 2005). Também o estudo de Costa (2013) e o estudo piloto da AHRQ (2011) obtiveram bons resultados para esta dimensão.

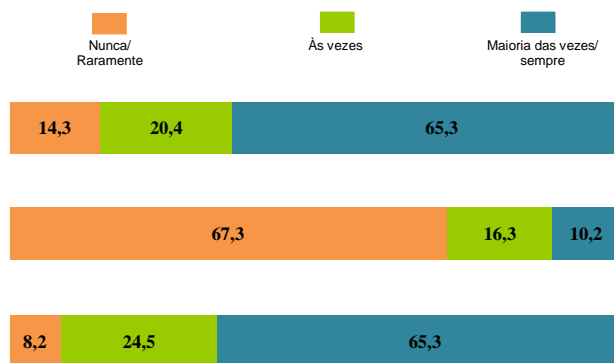
**Gráfico 25** - Distribuição das respostas face à dimensão Abertura para a comunicação

## 8. Abertura para a Comunicação

**B7** - As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.

**B9** - Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.

**B11** - Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade



No que diz respeito, à dimensão *Abertura para a Comunicação*, os profissionais sentem que as suas ideias e sugestões são valorizadas (65,3%) (B7), as suas opiniões nunca (20,4%) ou raramente (46,9%) são ignoradas (B9) e têm facilidade em falar sobre os problemas na unidade (65,3%) (B11). Através da análise dos resultados é possível observar que existe boa comunicação entre a maior parte dos elementos da equipa, com foco na partilha de opiniões e sugestões, contribuindo para o desafio de tornar os cuidados mais seguros. Estes resultados apontam para percentagens ligeiramente superiores ao estudo de Costa (2013) e ao estudo piloto da AHRQ (2011). No estudo de Scott-Cawiezell et al., (2006), os membros da equipa sentiram-se confortáveis uns com os outros e ansiosos para participar de conversas em que os reais desafios de administração de terapêutica podem ser discutidos e resolvidos. Na opinião de alguns autores quando os membros da equipa não se sentem valorizados ou sentem que não podem falar e ser ouvidos, há um aumento do risco do dano ao cliente (Carthey e Clarke, 2010; National Patient Safety Foundation, 2013). De acordo com a *Joint Commission* a comunicação ineficaz foi identificada como uma das principais causas de eventos sentinela (*root cause*) notificados entre o ano de 2004 a 2013 (Joint Commission, 2013c), sendo reconhecida como um problema crítico de segurança na área da saúde (Joint Commission, 2012).

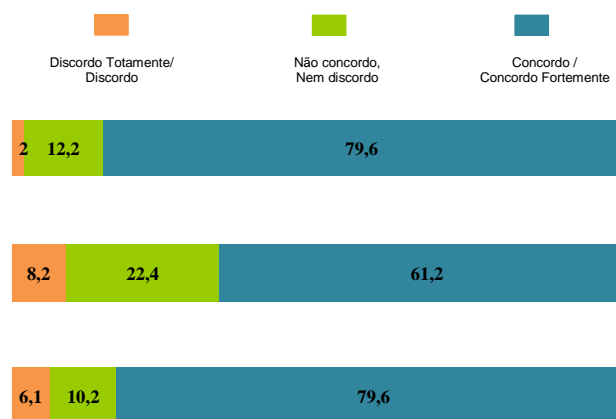
**Gráfico 26** - Distribuição das respostas face à dimensão Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente

**9. Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente**

**C1** – O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do residente.

**C2** - O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos

**C3** - O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente nesta Unidade.



A dimensão *Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do residente*, apresenta-se como um bom indicador da CS. Os profissionais sentem que o superior hierárquico ouve as ideias e sugestões sobre segurança do residente (79,6%), (C1), sentem que elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos (61,2%) (C2) e percebem que presta atenção aos problemas de segurança do residente na unidade (79,6%) (C3). Estes resultados fomentam que os líderes estão envolvidos e trabalham ativamente com a equipa para promover a segurança do cliente nas UCCI's e vão de encontro a outros estudos (Costa, 2013; AHRQ, 2011; Hughes e Lapane, 2006). Por outro lado, Wagner e Rust (2008) no seu estudo, afirmam que existe uma necessidade de dedicar recursos para dar formação de liderança aos líderes/gestores das LTC para desenvolver a capacidade de liderança. Através de uma revisão da literatura realizada pelos autores Sammer et al., (2010), identificaram a liderança como o elemento-chave para a conceção, promoção e criação de uma CS. Também Page (2004) refere que certas práticas de gestão são essenciais para a criação de segurança dentro das organizações e para o sucesso de mudanças organizacionais que são muitas vezes necessárias para construir fortes defesas de segurança do cliente.

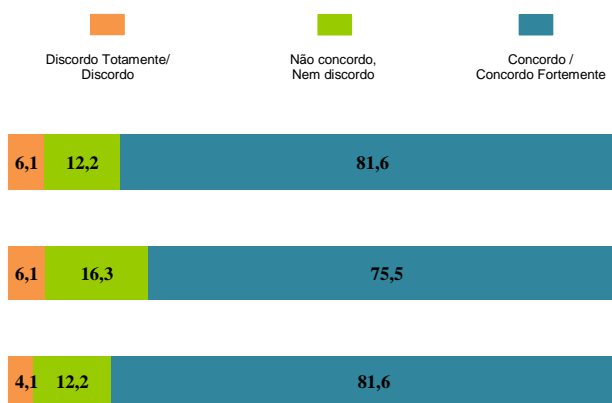
**Gráfico 27 - Percepção geral da segurança do residente**

**10. Percepção geral da segurança do residente**

**D1** – Os residente são bem cuidados nesta Unidade.

**D6** - Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.

**D8** - Esta Unidade é um lugar seguro para o residente.



Relativamente à dimensão Percepção geral da segurança do residente, a grande maioria dos profissionais afirma que os residentes são bem tratados na unidade (81,6%) (D1), que a unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente (75,5%) (D6), e 81,6% dos inquiridos considera a unidade um lugar seguro para o residente (D8). Estes resultados, colocam em evidência que os profissionais reconhecem que envolvem esforços para prestar cuidados de qualidade e assumem a segurança do cliente como uma componente integrante e um princípio fundamental da organização. Esta visão é partilhada pelo estudo de Costa (2013) e pelo estudo piloto da AHRQ (2011). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006) os clientes e as famílias têm direito a cuidados seguros. Nesse sentido, a organização tem o dever de envolver esforços e assegurar um ambiente de segurança, através da criação de uma CS, integrando também as atividades de gestão do risco. No estudo realizado por Hughes e Lapane (2006), 10% dos enfermeiros reportaram que a maior parte do tempo ocorreu problemas com a segurança do cliente na sua unidade e 15% afirmaram ser uma sorte que erros mais graves não ocorressem no serviço. Carthey e Clarke (2010) salientam que, o líder pode recorrer à utilização de uma ferramenta para avaliar a CS da organização pois esta pode ajudar a identificar como a equipa se sente em relação ao levantamento e discussão das questões de segurança do cliente.

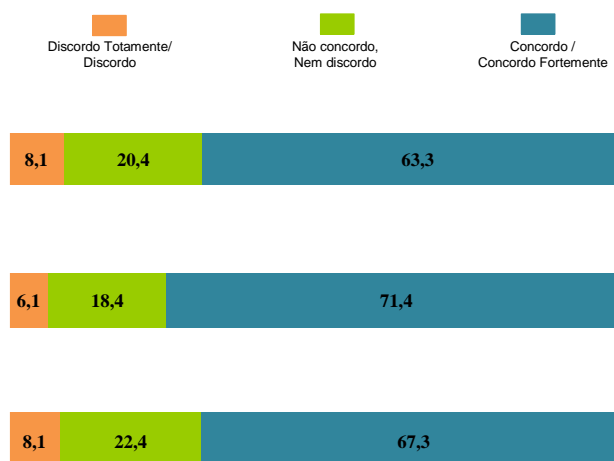
**Gráfico 28-** Apoio da gestão para a segurança do residente.

**11. Apoio da gestão para a segurança do residente**

**D2** - Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do residente.

**D7** - Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.

**D9** - Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado.



Em relação à dimensão *Apoio da gestão para a segurança do residente*, os inquiridos sentem que os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do residente (63,3%) (D2), ouvem ideias e sugestões para melhorar a segurança do residente (71,4%) (D7) e visitam frequentemente a unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado (67,3%) (D9). Desta forma, verifica-se que a maioria dos profissionais reconhece que os líderes assumem um compromisso com a segurança através da comunicação aberta, escuta ativa das ideias, sugestões e através do contacto próximo com aqueles que prestam cuidados diretamente ao cliente. Outros estudos vão ao encontro destes resultados (AHRQ, 2011; Castle e Soon, 2006). Por sua vez, Scott-Cawiezell et al. (2006), obtiveram resultados diferentes, onde os profissionais sentiram falta de presença e apoio do líder. Numa investigação realizada por Handler et al., (2006) os autores obtiveram um scor maior no apoio da gestão para a segurança do cliente nas *nursing homes*, quando comparado com o scor do hospital. Um dos princípios fundamentais para criar um sistema seguro é através de uma liderança efetiva (Ordem dos Enfermeiros, 2007), onde o líder deve transmitir aos elementos da equipa que a segurança do cliente é a primeira prioridade (Feng, Bobay, Weiss, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2007). Pelo que, os líderes devem ter discussões improvisadas sobre esta temática com a equipa pois demonstra que a segurança é uma preocupação presente, evitando este assunto ser discutido apenas em reuniões específicas (Carthey e Clarke, 2010). Os autores enunciam ainda, que os *walkrounds* estruturados e planeados permite aos líderes comunicarem com a equipa, sobre as questões de segurança do cliente e, é um sinal visível do compromisso do líder para melhorar a segurança.

**Gráfico 29-** Aprendizagem organizacional

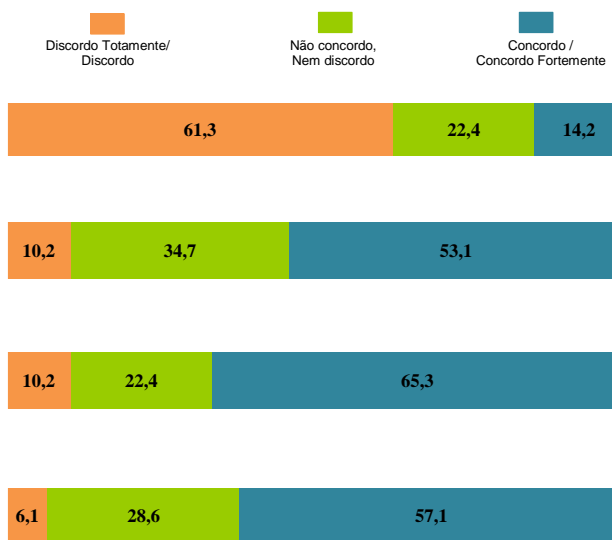
**12. Aprendizagem organizacional**

**D3** - Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.

**D4** - É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do residente.

**D5** - Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.

**D10** - Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.



No que diz respeito, à dimensão Aprendizagem organizacional, os profissionais discordam (42,9%) ou discordam fortemente (18,4%) que na unidade, permitem-se que os mesmos erros se repitam várias vezes (D3). Através desta afirmação, verifica-se, que na opinião de alguns inquiridos, a organização previne que o erro se volte a repetir, aprendendo com a experiência, sendo contributivo para a segurança do cliente. De acordo com ECRI Institute (2009), quando algo ocorre de errado, a organização deve aprender com essa experiência e através da aprendizagem, esforçar-se para reduzir que o risco ocorra novamente em futuros clientes. Muitas vezes os prestadores de cuidados e as organizações de saúde não aconselham outros profissionais quando um erro ocorre, nem compartilham o que aprenderam quando uma investigação é realizada (OMS; 2005a). Como consequência, os mesmos erros ocorrem repetidamente, e os clientes continuam a ser prejudicados por erros preveníveis (OMS; 2005a).

Cerca de 53,1% da população-alvo refere que é fácil fazer mudanças na unidade, (D4), 65,3% sente que a unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente (D5), e ainda, 57,1% menciona que, quando a unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia (D10). Estes resultados apontam para a existência de uma partilha de valores de segurança entre alguns dos profissionais, onde é fácil introduzir a mudança a fim de promover a prestação de cuidados seguros ao cliente. Os estudos realizados pela AHRQ (2011) e Costa (2013) vão ao encontro destes resultados. Contudo, no estudo de Hughes e Lapane (2006), 40% dos enfermeiros

encontraram dificuldades, na maior parte das vezes, para fazerem mudanças para melhorar a segurança do doente. De acordo com Carthey e Clarke (2010), a organização deve garantir que o foco está na aprendizagem e na prevenção do erro. Para tal, deve olhar de forma construtiva e aberta para a sequência de eventos que levaram ao incidente, a fim de determinar as causas sistêmicas subjacentes (ECRI Institute, 2009), envolvendo um compromisso organizacional de vigilância de potenciais erros bem como a sua deteção, análise e reparação quando estes acontecerem na organização (Page, 2004). O *National Quality Forum* (2009) reforça que os líderes devem se envolver na mudança transformacional que é necessária para desenvolver e manter uma CS e as estruturas e os sistemas devem estar estabelecidos para garantir o envolvimento.

Relativamente à secção dos comentários do questionário, sete profissionais de saúde expressaram a sua opinião, dois da UCCI 1 e 2 e três profissionais da UCCI 3. As opiniões convergem para a falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e dificuldades na formação em equipa. Como ponto forte destaca-se, a preocupação com a segurança do cliente na organização, quando referem a existência de áreas de responsabilidade, como a gestão do risco.

## CONCLUSÕES

A presença de uma CS nas UCCI é um conceito que tem que estar presente quando falamos na segurança do cliente, uma vez que tem o potencial de influenciar a qualidade da prestação de cuidados. Na perspectiva dos profissionais de saúde, a CS neste contexto, apresenta pontos fortes e áreas de melhoria. Como pontos fortes destacam-se, o reconhecimento das UCCI em estudo como um lugar seguro para o cliente e o feedback e a comunicação sobre a existência de incidentes. Deste modo, os profissionais de saúde percebem que a organização reconhece o erro, desenvolve estratégias para a sua resolução e antecipa a ocorrência do mesmo antes que este cause dano ao cliente, garantindo que aprende com a experiência. No entanto, esta aprendizagem, afigura-se ineficaz pois a notificação do erro, ainda parece perpetuar num ambiente punitivo, onde alguns profissionais sentem que o erro está associado à culpabilização. Esta constitui uma barreira importante para o avanço de uma CS e um sério desafio para a segurança do cliente, uma vez que desencoraja a comunicação e a notificação do erro. Neste sentido, os líderes das UCCI devem procurar olhar para além do indivíduo e procurar as verdadeiras causas que desencadearam a ocorrência do erro para que seja possível uma verdadeira aprendizagem. Como tal, a organização deve abandonar a filosofia de exigir um desempenho perfeito do profissional, livre de erros e concentrar-se, em vez disso, na conceção de um sistema seguro (Nieva e Sorra, 2003). Este caminho poderá ser percorrido através da abertura para a comunicação percebida entre a maior parte dos elementos da equipa, com foco na opinião positiva da partilha de opiniões e sugestões com os superiores hierárquicos.

O número de colaboradores a desempenharem funções na UCCI é considerado insuficiente para assegurar a quantidade de trabalho, sendo esta outra área de melhoria. Desta forma, a organização deve alocar os recursos suficientes para diminuir a sobrecarga de trabalho sentida pelos profissionais e aumentar a segurança dos clientes. Já que a falta de profissionais, nomeadamente os enfermeiros é um fator importante para a segurança do cliente (ICN, 2012). Outra oportunidade de melhoria, prende-se com a transferência de informações necessárias sobre o cliente do hospital para a UCCI, sendo esta pouco satisfatória podendo ocorrer erros relacionados com a comunicação. Por outro lado, no interior da organização, os profissionais percebem que comunicam eficazmente entre si, onde a informação necessária para cuidar do cliente é transferida com precisão, não causando uma rutura na continuidade dos cuidados prestados. O cumprimento dos procedimentos e protocolos da UCCI, foi outro aspeto

considerado importante e percussor da CS pois contribui para o exercício de cuidados seguros através da standardização dos processos de trabalho. De igual forma, sentem que trabalham em equipa para cuidar do cliente e relacionam-se com respeito, sendo este envolvimento fundamental para a segurança do cliente. Contudo, ressalva-se a necessidade das UCCI em investirem no trabalho de equipa e na formação dos profissionais com vista a desenvolverem conhecimentos e competências no âmbito na segurança do cliente.

Na prática de cuidados, a avaliação da CS tem um papel importante na gestão do cuidado, para alcançar a satisfação e os resultados esperados tanto pelos clientes como pelos enfermeiros. Como o maior grupo de profissionais de saúde, os enfermeiros são essenciais para o desenvolvimento de uma CS. Devido a esta proximidade, estes funcionam como elo de ligação entre o cliente e a organização, fazendo com que se encontrem numa posição única para promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados nas UCCI's. Deste modo, os enfermeiros estão numa posição chave para melhorar a segurança do cliente pois estes são capazes de exercer influência significativa dentro do sistema de saúde (Page, 2004).

O apoio da gestão é outro fator importante para a criação de uma CS na organização (Feng et al., 2008) com o assumir da segurança do cliente como uma prioridade institucional (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Os gestores de enfermagem coordenam e integram múltiplos aspetos relacionados com a segurança do cliente, devendo estes tornarem-se elementos facilitadores neste processo criando mecanismos que assegurem a melhoria da CS do cliente. Os dados sugerem-nos, que os líderes devem trabalhar na construção de um sistema seguro, onde prevaleça um clima de confiança, que permita o envolvimento de todos os profissionais na notificação de eventos adversos, que otimize a aprendizagem e melhoria dos cuidados prestados através da identificação proactiva do erro e implementação de estratégias para aumentar a segurança do cliente. Desta forma, o líder deve demonstrar à equipa que a melhoria da segurança do cliente é uma preocupação presente na UCCI. De acordo com Fleming (2005) é importante que os administradores e gestores clínicos tenham uma boa compreensão da CS, para que possam tomar decisões informadas sobre estratégias de melhoria.

O estudo apresenta algumas limitações, no que diz respeito ao número reduzido de profissionais que integraram a população-alvo, não sendo possível generalizar os resultados a nível nacional, representando apenas a população-alvo selecionada. Além disso, das categorias profissionais incluídas no estudo, as respostas dos enfermeiros dominaram os

resultados pelo que, o pequeno número de contribuição dos outros profissionais não permitiu detetar diferenças estatísticas significativas entre as profissões.

Contudo, apesar das limitações, o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, revelou-se um instrumento útil de colheita de dados, podendo servir de um começo para avaliar a CS nas UCCI e um caminho a percorrer para a implementação de intervenções adequadas, promovendo a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados. De notar, que ainda existe algum trabalho a ser desenvolvido pelos líderes destas unidades para alcançarem e melhorarem a CS. Desta forma, este instrumento deverá ser aplicado a uma população-alvo de maiores dimensões para que seja possível compreender a verdadeira dimensão da CS neste contexto de prestação de cuidados, implementar intervenções e desenvolver estratégias para melhorar a segurança do cliente. Ao ser validado para a realidade portuguesa com uma população-alvo de maiores dimensões será possível comparar resultados entre outros países, onde este já foi aplicado neste contexto, confirmando a sua validade como instrumento de medida para avaliação da CS dos residentes nas UCCI's de Portugal. Seria também interessante, compreender a ligação entre a CS e os resultados entre as diferentes classes profissionais contempladas no instrumento.

Este estudo de investigação pode servir como ponte para pesquisas futuras e permitiu explorar e atender à necessidade de avaliar a CS nas UCCI, possibilitando um aumento da consciencialização das questões de segurança através da identificação das áreas de melhoria e pontos fortes da CS neste contexto. Em Portugal, existe ainda pouca investigação neste domínio, constituindo-se esta temática como uma preocupação urgente e global. Assim, acreditamos que este é um passo fundamental para identificar as principais barreiras para a construção de uma CS eficaz e um elemento chave para a melhoria da segurança do cliente, com vista à qualidade dos cuidados. E, a imprescindibilidade destes cuidados exige resposta de profissionais competentes com foco na excelência dos cuidados e direcionados através de uma CS positiva na organização.

## BIBLIOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, Westat. Rockville, MD. Acedido 07/09/2013. Disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2005). *30 Safe Practices for Better Health Care: Fact Sheet*. Rockville, MD. Acedido 07/09/2013. Disponível em <http://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/errors-safety/30safe/index.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2008). *Survey User's Guide Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2008a). *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: 2008 Preliminary Comparative Results*. Rockville, MD. Acedido 07/09/2013. Disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/2008/index.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2010). *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, Background and Information for Translators*. Rockville, MD.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2011). *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: 2011 user Comparative Database Report*. Rockville, MD.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2011a). *Hospitals with a teamwork culture have better patient safety climates: Research Activities*. Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/news/newsletters/research-activities/jul11/0711RA7.html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2012). *Safety Culture*. Acedido em 20/09/2013. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2012a). *International Use of the Surveys on Patient Safety Culture*. Rockville, MD. Acedido em 12/12/2013. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscintusers.html>.

- AHRQ Patient Safety Network (2012b). *Patient Safety Primers: Handoffs and Signouts*.  
Acedido em 12/12/2013. Disponível em:  
<http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=9>.
- Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Busse R., Clarke H, Giovannetti P., Hunt J., Rafferty A. & Shamian J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-54.
- American Nurses Association (ANA). (1999). *American Nurses Association Indicator History*. Acedido em 20/09/2013. Disponível em:  
[http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators\\_1/ANA-Indicator-History](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1/ANA-Indicator-History).
- Anderson, T., Silveira, C., Woodland, R., Handler, S. & Hutton, M. (2011). Promoting and Regulating Safe Medication Administration in Nursing Homes. *Journal of Nursing Regulation*, 2 (1), 53-58.
- Aspden, P., Corrigan, J., Wolcott, J. & Erickson, S. (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ballard, K. (2003). Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (3), Manuscript 4. Acedido em 20/09/2013. Disponível em:  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.html>.
- Bonner, A., Castle, N., Perera, S. & Handler, S. (2008). Patient Safety Culture: A Review of the Nursing Home Literature and Recommendations for Practice. *Ann Longterm Care*, 16 (3), 18–22.
- Campos, L., Carneiro, A., & Saturno, P. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, Vol Temat (10), 3-10.
- Carthey, J., Clarke, J. (2010). *Implementing human factors in healthcare – How to guide*. Patient Safety First.

- Castle, N. & Sonon, K. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality and Safety in Health Care*, 15 (6), 405-408.
- Castle, N. (2006). Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (5), 370–376.
- Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Greal, B., Elderkin, T., Brittin, M., McCutcheon, C., Longbottom, P. & Thalib, L. (2013). Safety Culture in Australian Intensive Care units: establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 22 (2), 93-102.
- Cooper (2000). Towards a Model of Safety Culture. *Safety Science*, 36, 111-136.
- Costa, I. (2013). *Adaptação e validação para português do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP.
- Declaração de Luxemburgo sobre a segurança do doente. (2005). Conferência Europeia “Segurança do doente - Torná-la realidade” de 2005. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº17 de julho de 2005. Luxemburgo - Kirchberg.
- Decreto-Lei n.º 186/2006. Diário da República – I Série N.º 176 (2006-09-12), 6696-6698.
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República – I Série-A. N.º 109 (2006-07-06), 3856-3865.
- Decreto-Lei n.º 111/2009. Diário da República – 1ª Série. N.º180 (2009-09-16). p. 2528-6550.
- Delgado (2009). A Melhoria Contínua da Qualidade. In Campos, L., Borges, M. & Portugal, R. (Edits.) *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 45-55.
- Department of Health (2000). *An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer*. London: The Stationery Office.
- Despacho n.º 1408/2008. Diário da República – II Série N.º 8 (2008-01-11), 1491-1493.
- Despacho n.º 2732/2009. Diário da República – II Série N.º 14 (2009-01-21), 3054-3057.
- Despacho n.º 6132/2010. Diário da República – II Série N.º 67 (2010-04-07), 17710-17713.
- Despacho n.º 3730/2011. Diário da República – II Série N.º 40 (2011-02-25), 9845-9849.

- Direção Geral de Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Relatório Técnico Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2011a). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de Hospitais Portugueses, resultados do estudo piloto*. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Donaldson, M. (2008). Chapter 3. An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety. In Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: state of the science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.
- Emergency Care Research Institute (2009). *Healthcare Risk Control: Culture of Safety*. Risk and Quality Management Strategies. Acedido em 02/10/2013. Disponível em: [https://www.ecri.org/documents/patient\\_safety\\_center/hrc\\_cultureofsafety.pdf](https://www.ecri.org/documents/patient_safety_center/hrc_cultureofsafety.pdf).
- Eiras, M., Diniz, A., Escoval, A., Costa, C., Gaspar, M., Bruno, P. & Fernandes, A. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Emslie, S., Knox, K. & Pickstone, M. (2002). *Improving Patient Safety: Insights from American, Australian and British healthcare*. United Kingdom: ECRI Europe.
- Entidade Reguladora da Saúde (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Feng X, Bobay K & Weiss M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 310-9.
- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência III série*, 4, 37-48.
- Field T., Gurwitz J., Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M. & Bates D. (2001). Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 161, 1629-34.

- Firth-Cozens, J. (2002). Barriers to incident reporting. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 7.
- Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. *Healthcare Quarterly*, 8, 14-19.
- Florence, N. (1863). *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman , Roberts, and Green. Acedido em 20/09/2013. Disponível em: <https://archive.org/details/notesonhospital01nighgoog>.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2009). Gestão do risco In Campos, L., Borges, M. & Portugal, R. (edit.). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- Fragata, J. & Martins, L. (2004). *O erro em medicina: perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Franco, A. (2005). *The patient’s safety: understanding the problem*. *Colombia Médica*, 36 (2), 130-133.
- Friesen, M., White, S., Byers, J. (2008). Chapter 34. Handoffs: Implications for Nurses. In Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD).
- Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Grachek M. (2002). Reducing risk and enhancing value through accreditation. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 51 (11), 34.
- Greenfield, D, Pawsey, M., & Braithwaite, J. (2011). What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (1), 8–14.
- Guldenmund F. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34, 215–257.
- Guldenmund F. (2010). (Mis)understanding safety culture and its relationship to safety management. *Risk Anal*, 30 (10), 1466–1480.

- Gurwitz J., Field T., Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Edmondson A. & Bates D. (2000). Incidence and preventability of adverse drug events in the nursing home setting. *American Journal of Medicine*, 109 (2), 87-94.
- Gurwitz J., Field T., Judge J, Rochon P, Harrold L., Cadoret C, Lee M, White K, LaPrino J, Erramuspe-Mainard J, DeFlorio M, Gavendo L, Auger J & Bates D. (2005) The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *The American Journal of Medicine*, 118, 251–258.
- Gurwitz J., Field T., Rochon P, Judge J, Harrold L., Bell C., Lee M, White K, LaPrino J, Erramuspe-Mainard J, DeFlorio M, Gavendo L, Baril J., Reed G & Bates D. (2008). Effect of Computerized Provider Order Entry with Clinical Decision Support on Adverse Drug Events in the Long-Term Care Setting. *The American Geriatrics Society*, 56 (12), 2225-2233.
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, imensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20, 338-343.
- Handler, SM, Castle NG, Studenski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA, Hanlon JT. (2006). Patient Safety culture assessment in the nursing home. *Quality and Safety Health Care*. 15(6), 400-404.
- Handler S., Nace D., Studenski S., Fridsma D. (2004). Medication error reporting in long term care. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2 (3), 190–196.
- Handler, S., Perera, S., Olshansky, E., Studenski, S., Nace, D., Fridsma, D., & Hanlon, J. (2007) Identifying Modifiable Barriers to Medication Error Reporting in the Nursing Home Setting. *J Am Med Dir Assoc*. 8 (9), 568–574.
- Hemman, E. (2002). Creating healthcare cultures of patient safety. *The Journal of Nursing Administration*, 32 (7-8), 419-427.
- Hughes (2008). Chapter 2. Nurses at the “Sharp End” of Patient Care. Safe In Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD).
- Hughes, C. & Lapane, K. (2006). Nurses’ and nursing assistants’ perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Internationa Journal for Quality in Health Care*, 18 (4), 281–286.

- Institute for Healthcare Improvement (2004). *Patient Safety Leadership WalkRounds*. Massachusetts: Partners Health Care System Boston.
- Institute of Medicine (IOM). (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2004). *Patient safety: achieving a new standard of care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- International Council of Nurses (2012). *Patient Safety: ICN Position*. Geneva: International Council of Nurses. Acedido em 20/09/2013. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D05\\_Patient\\_Safety.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf).
- Joint Commission. (2012) *Joint Commission introduces new, customized tool to improve hand-off communications*. Joint Commission Online. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/assets/1/23/jconline\\_June\\_27\\_12.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/23/jconline_June_27_12.pdf).
- Joint Comission. (2013) *Patient Safety*. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/topics/patient\\_safety.aspx](http://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx).
- Joint Comission. (2013a) *Sentinel Event*. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/topics/hai\\_sentinel\\_event.aspx](http://www.jointcommission.org/topics/hai_sentinel_event.aspx).
- Joint Commission. (2013b). *Long Term Care (Medicare/Medicaid): 2014 National Patient Safety Goals*. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/lt2\\_2014\\_npsgs/](http://www.jointcommission.org/lt2_2014_npsgs/).
- Joint Commission. (2013c). *Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 – June 2013*. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Statistics/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/).

- Jones A. (2002). The National Nursing Home Survey: 1999 summary. *Vital and Health Statistics*, 13 (152), 1-125.
- Júnior, D., Siqueira-J., Silva, D., Almeida, L., Silva, W., Sousa, P. & Guerreiro, M. (2010). “Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 40-46.
- Kapp, M. (2003). Resident Safety and Medical Errors in Nursing Homes: reporting and disclosure in a culture of mutual distrust. *The Journal of Legal Medicine*, 24, 51–76.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol Temat (10), 11-16.
- Laraia, R. Barros. (1997). *Cultura: um conceito antropológico*. 11ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lau, D., Kasper, J., Potter, D. & Lyles, A. (2004). Potentially Inappropriate Medication Prescriptions among Elderly Nursing Home Residents: Their Scope and Associated Resident and Facility Characteristics. *HSR: Health Services Research*, 39 (5), 1257-1276.
- Marriner-Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2009). *Nos 30 anos do SNS: Governação dos hospitais, Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- National Patient Safety Agency (2009). *Seven steps to patient safety in general practice*. London: National Health Service.
- National Patient Safety Foundation (2013). *Our Definitions*. Acedido em 21/08/2013. Disponível em: <http://www.npsf.org/about-us/>.
- National Quality Forum (NQF). (2009). *Safe Practices for Better Healthcare–2009 Update: A Consensus Report*. Washington, DC: NQF.
- Newstrom, John W. (2008). *Comportamento Organizacional: o comportamento humano no trabalho*. São Paulo: McGraw-Hill.

- Nicklin, W. (2013). *The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review*. Accreditation Canada. Acedido em 12/10/2013. Disponível em: [http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/Value%20of%20Accreditation\\_EN.pdf](http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/Value%20of%20Accreditation_EN.pdf).
- Nieva, V. F. Sorra, J. (2003). Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety Health Care*, 12 (2), ii17-ii23.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OPSS (2011). *Relatório de Primavera 2011 - Da depressão da crise para a governação prospectiva da Saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Ordem dos enfermeiros (2006). *Parecer do Conselho Jurisdicional – Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2007). Segurança nos cuidados - VII Seminário do conselho Jurisdicional. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 1-56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Parecer do Conselho Jurisdicional 248 – Condições do Exercício*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Page, A. (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Washington, DC: The National Academies Press.
- Page, A. (2008). Chapter 27. Temporary, Agency, and Other Contingent Workers. In Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD).
- Pedroto, I. (2006). Risco Clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer revista do hospital*, 15 (3), 168-173.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização (5ª edição)*. Porto Alegre: Artmed.
- Pronovost, P. & Sexton, B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*, 14, 231-233.

- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress*, 12 (3), 293-306.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320 (7237), 768–770.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2010). *Estudo de caracterização do capital Humano do Pessoal da RNCCI*, Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados em parceria com o Instituto de Nacional de Administração Pública. Acedido em 21/09/2013 Disponível em: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Estudo\\_INA\\_capitalHumano.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Estudo_INA_capitalHumano.pdf).
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sahyoun N., Pratt L., Lentzner H, Dey, A. & Robinson, K. (2001). *The changing profile of nursing home residents: 1985–1997*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Sammer, C. & James, B. (2011). Patient Safety Culture: The Nursing Unit Leader’s Role. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16, (3), Manuscript 3. Acedido em 20/09/2013 Disponível em: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Patient-Safety-Culture-and-Nursing-Unit-Leader.html#AHRQnd>.
- Sammer, CE. Lykens, K. Singh, KP, Mains, DA e Lackan, NA. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*, 42 (2), 156-165.
- Santos, S., Benito, P., Silvério, A., Silva, B. & Lucas, P. (2012). O enfermeiro na gestão do risco clínico nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados: uma reflexão teórica e conceptual. *Journal of Aging and Inovation*, 1, (2). Acedido em 20/09/2013 Disponível em: <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/revista/volume-1-numero-2-2012/o-enfermeiro-na-gestao-do-risco/>.

- Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney, C., Rantz, M., Hicks, L. & Zellmer, D. (2006). Moving From a Culture of Blame to a Culture of Safety in the Nursing Home Setting. *Nursing Forum*, 41 (3), 133-140.
- Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A. (2006). Nursing home safety: A review of the literature. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 179-215.
- Silva A., Fradinho H., Malta I., Serra S., & Amorim T. (2007) *Florence Nightingale: Biografia e influência para enfermagem*. Percursos: Publicação da área disciplina da enfermagem da Escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Singer, S., Gaba, D., Geppert J., Sinaiko, A., Howard, S. & Park, K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality and Safety Health Care*, 12, 112–118.
- Smits, M. Wagner, C. et al. (2008). The psychometrics properties on the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. *BMC Health Service Research*, 8, 230.
- Sorra, J. & Nieva V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality Publication. Rockville, MD.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety - A necessidade de uma Estratégia Nacional , *Acta Médica Portuguesa*, 19 (5), 309-318.
- Sousa, P., Uva, A. & Serranheira, F. (2010) Investigação e Inovação em Segurança do Doente. *Revista de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do Doente: eventos adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Publica- Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Spector, W., Fleishman, J., Pezzin, L. & Spillman, B. (2001). *The Characteristics of Long-term Care Users: Introduction*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Acedido em 14/08/2013 Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/facilities/ltcusers/ltcuse.html>.

- Stanley, J., Gannon J., Gabuat J., Hartranft S., Adams N., Mayes, C., Shouse G., Edwards B., Burch d. (2008). The clinical nurse leader: a catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management*, 16, 614–622.
- Stavrianopoulos, T. (2012). The clinical nurse leader. *Health Science Journal*, 6 (3) July – September, 392-401.
- Swanson,J & Candice,T. (2011) Improving the culture of Patient Safety Trough the Magnet. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16 (3). Acedido em 08/09/2013 Disponível em:  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Culture-of-Patient-Safety-and-MagnetJourney.html>.
- The Health Foundation (2011). *Does improving safety culture affect patient outcomes?* London: The Evidence Centre on behalf of the Health Foundation.
- Vogelsmeier, A. (2011). *The Safety and Quality of Long Term Care*. Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em 08/09/2013 Disponível em:  
<http://webmm.ahrq.gov/case.aspx?caseID=248>.
- Wagner, L. & Rust, T. (2008). *Safety in long-term care settings: Broadening the patient safety agenda to include long-term care services*. Capital Health Edmonton Area: The Canadian Patient Safety Institute.
- Wagner, L., McDonald, S. & Castle N. (2012). Relationship between Nursing Home Safety Culture and Joint Commission Accreditation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38 (5), 207-215.
- Wagner, L., McDonald, S. & Castle N. (2012a). Joint Commission Accreditation and Quality Measures in U.S. Nursing Homes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 13 (1), 8-16.
- Wagner, M., Capezuti, E. & Rice, J. (2009). Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *J Nurs Scholarsh*, 41 (2),184-92.
- Wisniewski AM, Erdley WS, Singh R, et al. (2007). Assessment of safety attitudes in a skilled nursing facility. *Geriatr Nurs*, 28(2), 126–136.

- Wolf, Z. & Hughes, R. (2008). Error Reporting and Disclosure. In Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD.
- Woodward, S. (2011). Review: Patient safety: a core value of nursing – so why is achieving it so difficult? *Journal of Research in Nursing*, 16(3), 224–225.
- World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Forward Programme 2005*. Geneva: World Health Organization.
- World Alliance for Patient Safety (2005a). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, From information to action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *Global patient safety research priorities with the support of an international expert working group*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007a). *Communication during Patient Hand-overs*. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Safety Solutions. Volume 1, solution 3. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008a). World Alliance for Patient Safety. Research for Patient Safety. Better Knowledge for Safer Care. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008b). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009* (1<sup>a</sup> ed). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Version 1.1. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2009a). *Global Priorities for Patient Safety Research: Better knowledge for safer care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Portugal health system performance assessment*. Copenhagen: World Health Organization.

## **ANEXOS**

**ANEXO I** – Pedidos de Autorização à Direção de Enfermagem das UCCI's,  
para a realização do Estudo de Investigação

Exmo. Sr. Enfº. Chefe Pedro Costa,

Mafalda Sofia Cardoso Inácio, enfermeira e mestranda na área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este solicitar a V. Exª., autorização para aplicar o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), aos enfermeiros da sua organização, no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado sob orientação do Sr. Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas.

Este instrumento de colheita de dados foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o qual permite avaliar o estado da cultura de segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), consciencializar a equipa sobre as questões de segurança, bem como avaliar o impacto das iniciativas de melhoria de segurança do cliente, parecendo-nos uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança no interior da organização.

A sua aplicação está integrada no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão em Enfermagem, subordinada ao tema: "A cultura de Segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados". E, tem como objetivo geral, avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Junto anexa-se o questionário que pretendemos aplicar.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me apresentado os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com maior estima e consideração,

Lisboa, 26 de Fevereiro de 2014

Mafalda Inácio

Mafalda Inácio

Exmo. Sr. Enf<sup>o</sup>. Diretor Pedro Ferreira,

Mafalda Sofia Cardoso Inácio, enfermeira e mestranda na área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este solicitar a V. Ex<sup>a</sup>., autorização para aplicar o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), aos enfermeiros da sua organização, no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado sob orientação do Sr. Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas.

Este instrumento de colheita de dados foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o qual permite avaliar o estado da cultura de segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), consciencializar a equipa sobre as questões de segurança, bem como avaliar o impacto das iniciativas de melhoria de segurança do cliente, parecendo-nos uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança no interior da organização.

A sua aplicação está integrada no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão em Enfermagem, subordinada ao tema: "A cultura de Segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados". E, tem como objetivo geral, avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Junto anexa-se o questionário que pretendemos aplicar.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me apresentado os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com maior estima e consideração,

Lisboa, 27 de Fevereiro de 2014



Mafalda Inácio

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>. Diretora Susana Santos,

Mafalda Sofia Cardoso Inácio, enfermeira e mestranda na área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este solicitar a V. Ex<sup>a</sup>., autorização para aplicar o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC), aos enfermeiros da sua organização, no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado sob orientação do Sr. Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas.

Este instrumento de colheita de dados foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), o qual permite avaliar o estado da cultura de segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), consciencializar a equipa sobre as questões de segurança, bem como avaliar o impacto das iniciativas de melhoria de segurança do cliente, parecendo-nos uma mais-valia para amplificar a cultura de segurança no interior da organização.

A sua aplicação está integrada no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão em Enfermagem, subordinada ao tema: "A cultura de Segurança do cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados". E, tem como objetivo geral, avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Junto anexa-se o questionário que pretendemos aplicar.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me apresentado os melhores cumprimentos, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com maior estima e consideração,

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2014

Mafalda Inácio

Mafalda Inácio

**ANEXO II – Autorizações da Direção de Enfermagem para a realização do**  
**Estudo de Investigação**

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a aplicação do questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, na UCCI Sagrada Família, da Santa Casa da Misericórdia da Amadora.

28 de Fevereiro de 2014





Mafalda Inacio <mafalda.inacio@gmail.com>

---

## Pedido de Autorização para aplicação do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)

---

Susana Santos <susana.santos@abeivfxira.pt>  
Para: Mafalda Inacio <mafalda.inacio@gmail.com>

17 de Fevereiro de 2014 às 12:25

Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Mafalda Inácio,

Serve o presente e-mail para informar que dispõe de autorização para a aplicação do Questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, na Unidade de Saúde da ABEI, sendo de todo o interesse a nossa participação neste estudo sobre a Cultura de Segurança.

Com os melhores cumprimentos,

**Susana Santos**

Enfermeira

Diretora Técnica



ABEI – Unidade de Saúde

Cuidados Continuados Integrados

Rua Artur Conceição “Carapau”

Quinta da Coutada Lote 1

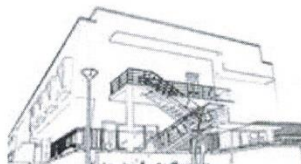
2600-288 Vila Franca de Xira

Telef: 263 285 000

Fax: 263 285 009

E-Mail:

unidade.saude@abeivfxira.pt



---

**De:** Mafalda Inacio [mailto:mafalda.inacio@gmail.com]

**Enviada:** sexta-feira, 14 de Fevereiro de 2014 09:17

**Para:** susana.santos@abeivfxira.pt

**Assunto:** Pedido de Autorização para aplicação do questionário Nursing Home Survey on Patient Safety

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=d947e54f3e&view=pt&q=pedido%20de%20autoriza%C3%A7%C3%A3o&qs=true&search=query&msg=1443fcf...> 1/2

**ANEXO III** – Questionário *Nursing Home Survey*  
*on Patient Safety Culture* (NHSPSC)

Mafalda Sofia Cardoso Inácio  
e-mail: [mafalda.inacio@gmail.com](mailto:mafalda.inacio@gmail.com)

Caro (a) colega,

Mafalda Sofia Cardoso Inácio, enfermeira e mestranda na área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho respeitosamente, convidá-lo a participar no estudo de investigação, subordinado ao tema **“A cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).”**

A cultura de Segurança é uma preocupação crescente na saúde e nos Cuidados Continuados Integrados em Portugal, tal como se verifica a nível internacional. Este conceito assume-se como uma prioridade máxima da segurança do cliente, e como conseguinte um constructo incontornável da qualidade dos cuidados de saúde.

Neste questionário **“segurança do cliente”** significa a prevenção de lesões, incidentes e danos aos residentes das UCCI's. E, o objetivo geral do estudo é avaliar a Cultura de Segurança das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

As vantagens deste estudo levarão a um melhor conhecimento sobre a cultura de segurança dos clientes nas UCCI. Como tal, a sua realização depende da sua colaboração, pelo que solicito a resposta a todas as questões, tendo em atenção as instruções de preenchimento. As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo desnecessária qualquer identificação.

Desde já, agradeço a sua colaboração e o tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário em anexo. Os resultados do estudo serão postos à disposição a pedido dos interessados.

Mafalda Sofia Cardoso Inácio

**Lisboa, Fevereiro de 2014**

# Questionário sobre a Segurança do Cliente em Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Este questionário pretende conhecer a sua opinião sobre o tema “Segurança do Cliente” nesta Unidade.

Levará cerca de 15 minutos a responder. Para responder, coloque uma X ou um  $\surd$  no quadrado:  ou .

Se uma questão não se aplica à sua função ou se não souber a resposta, por favor assinale no quadrado da última coluna. Se optar por não responder à questão, pode deixar em branco.

## SECÇÃO A: Trabalhar nesta Unidade de Cuidados Continuados

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
<b>Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?</b>						
	1	2	3	4	5	9
1. Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
2. Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
3. Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
4. Os profissionais cumprem as normas e os procedimentos na prestação de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
5. Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
6. Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
7. Os profissionais recebem a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
8. Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
9. Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
10. Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	9
12. Os profissionais têm medo de notificar os seus erros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Os profissionais compreendem a formação que recebem nesta Unidade.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. Os profissionais são tratados de forma justa quando cometem erros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. As necessidades do residente são conhecidas durante as mudanças de turno.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## **SECÇÃO B: Comunicação**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Maioria das Vezes	Sempre	Não sabe/Não se aplica
<b>Com que frequência as seguintes situações acontecem nesta Unidade?</b>						
1. Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. Quando o residente vem transferido de um hospital, recebemos todas as informações necessárias.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, alguém se encarrega do problema.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
11. Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## **SECÇÃO C: O Superior Hierárquico**

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
<b>Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?</b>						
	1	2	3	4	5	9
1. O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões dos profissionais sobre a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade, o meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **SECÇÃO D: A sua Unidade**

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
<b>Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?</b>						
	1	2	3	4	5	9
1. Nesta Unidade, os residentes são bem cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os gestores questionam os profissionais sobre formas de como a Unidade pode melhorar a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nesta Unidade é fácil fazer mudanças para melhorar a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Esta Unidade está continuamente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Esta Unidade é um lugar seguro para o residente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o residente é cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **SECÇÃO E : Avaliação global**

1. Eu diria aos meus amigos que esta Unidade é segura para os seus familiares.

- a) Sim
- b) Talvez
- c) Não

2. Por favor, atribua a esta Unidade uma avaliação global quanto à segurança do residente.

Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **SECÇÃO F: Informação Geral**

1. Qual a sua função nesta Unidade? Escolha a opção que melhor se aplica ao seu trabalho. Se exercer mais do que uma função, considere a de nível mais elevado.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>a) Administrador/Gestor</b><br>Diretor Executivo/Administrador<br>Diretor médico<br>Diretor/Supervisor de Enfermagem<br>Chefe de departamento<br>Diretor da Unidade<br>Enfermeiro-chefe<br>Diretor/Gestor Assistente<br>Coordenador dos Sistemas de Informação /Enfermeiro<br>Coordenador da Avaliação dos Residentes | <input type="checkbox"/> <b>e) Outros prestadores de Cuidados Diretos</b><br>Nutricionista/Dietista<br>Sacerdote<br>Farmacêutico<br>Terapeuta ocupacional<br>Fisioterapeuta / Ergoterapeuta /<br>Terapeuta da Fala<br>Podologista<br>Assistente Social |
| <input type="checkbox"/> <b>b) Médico</b>   | <input type="checkbox"/> <b>f) Administrativo (a)</b><br>Assistente Administrativo<br>Secretário (a)<br>Recursos humanos   |
| <input type="checkbox"/> <b>c) Enfermeiro</b><br>Enfermeiro<br>Enfermeiro especialista  | <input type="checkbox"/> <b>g) Outra</b> (por favor, indique a sua função ou cargo):<br>_____  |
| <input type="checkbox"/> <b>d) Assistente Operacional</b>   |  |

2. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

- a) Menos de 2 meses
- b) 2 a 11 meses
- c) 1 a 2 anos
- d) 3 a 5 anos
- e) 6 a 10 anos

3. Quantas horas, normalmente, trabalha por semana nesta Unidade?

- a) 15 ou menos horas por semana
- b) 16 a 24 horas por semana
- c) 25 a 40 horas por semana
- d) mais de 40 horas semanais

4. Quando trabalha mais frequentemente? Assinale uma resposta.

- a) Dia
- b) Tarde
- c) Noite

5. Ao trabalhar para esta Unidade é pago por uma empresa externa de recrutamento?

- a) Sim
- b) Não

6. Nesta Unidade, trabalha a maior parte do tempo diretamente com o residente? Assinale uma resposta.

- a) Sim, trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo
- b) Não, não trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo.

7. Nesta Unidade, onde dedica maior parte do tempo? Assinale apenas uma resposta.

- a) Diferentes áreas ou unidades/Nenhuma área ou unidade específica
- b) Unidade de Alzheimer's/Demência
- c) Unidade de Reabilitação
- c) Enfermaria
- d) Outra área ou unidade (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**8. Sexo**

a) Feminino

b) Masculino

**9. Idade:** \_\_\_\_ anos

**SECÇÃO G : Comentários**

Por favor, sinta-se à vontade para deixar aqui os comentários que considere oportunos acerca dos cuidados e segurança do residente nesta Unidade.

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**