



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar

Sara Cristina Tavares Varão

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

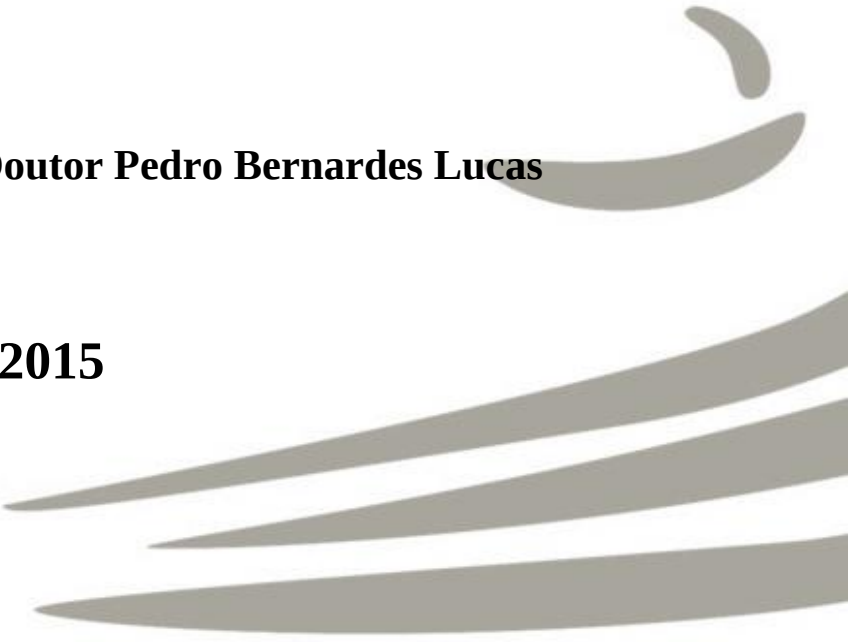
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar

Sara Cristina Tavares Varão

Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

2015



“A perfeição não é alcançada quando já não há mais nada para adicionar, mas quando já não há mais nada que se possa retirar.”
Antoine de Saint-Exupéry (1943)

Ao meu irmão,

Frederico Varão

AGRADECIMENTOS

A todos os que ajudaram, direta ou indiretamente, a levar esta ideia avante, gostaria de expressar o meu reconhecimento e gratidão.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa pelo acompanhamento e pela possibilidade que me deu de realizar este mestrado e de adotar esta linha de investigação.

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Lucas, pelo interesse e rigor com que orientou este trabalho, acreditando que este podia ficar com qualidade.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Central por ter autorizado a aplicação dos questionários e o desenvolvimento do estudo, bem como aos enfermeiros Rui Leal, Maria João Silva e Fernanda Moreno por incentivarem os restantes profissionais a participarem no estudo.

Aos enfermeiros que responderam ao questionário e partilharam as suas perceções.

À Joana e ao Zé Miguel pelo apoio, incentivo e amizade que demonstraram ao longo deste período.

À minha mãe e restante família por acreditarem em mim e por não me deixarem desistir.

Ao meu irmão, Frederico, por ser a pessoa que mais acredita em mim e que me apoia incondicionalmente.

RESUMO

Tem-se vindo a reconhecer que a prestação de cuidados envolve riscos (Fragata, 2006), cabendo às instituições preocuparem-se com o erro e formarem os profissionais para o reconhecerem (Reston, 2000, citado por Diniz, et al., 2011). Torna-se crucial que o enfermeiro-gestor avalie a cultura de segurança das instituições. Consequentemente, esta dissertação procurou responder à pergunta “Qual a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar?”.

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, observacional, descritivo e transversal, tendo-se recorrido ao *Hospital Survey On Patient Safety Culture*, com uma amostra não probabilística sequencial. Participaram 68 enfermeiros de quatro serviços do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Só o trabalho de equipa revelou-se como forte. Identificaram-se 6 áreas a necessitar de melhorias: expectativas do supervisor, aprendizagem organizacional, perceções gerais sobre segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação e transições.

As restantes revelaram-se críticas: apoio à Segurança do Doente pela gestão, frequência da notificação de eventos, trabalho entre as unidades, profissionais e resposta não punitiva ao erro.

Para a **gestão em enfermagem**, destacou-se uma oportunidade de intervenção ao nível do trabalho de equipa, por parte da gestão do risco. Revelou-se a necessidade de ação da **liderança**, pois ficou clara a insatisfação dos enfermeiros perante o seu apoio. Assim, os líderes devem implementar estratégias/**políticas de saúde** institucionais. Também evidenciou-se a existência de uma cultura punitiva, competindo aos enfermeiros-gestores trabalharem na construção de uma cultura *just*.

Alguns dados poderão ser indicadores de falhas comunicacionais, dificultando a **prestação de cuidados**. É essencial que estas sejam minimizadas, para que não haja perda de informação e os cuidados sejam seguros.

Finalmente, levantaram-se questões a **investigar**: aprofundar os problemas ao nível das transições, perceber a influência que a perda de informação pode ter nos cuidados e investigar o impacto que a (des)motivação pode ter na segurança.

Palavras-Chave: segurança do doente; hospitais; enfermeiros; liderança

ABSTRACT

It has gradually come to be recognized that the provision of care involves risks (Fragata, 2006), with the institutions themselves worrying about it and educating health professionals to recognize it (Reston, 2000, cited by Diniz, et al., 2011). It is then crucial that nurse-managers assess the existing culture around safety in their healthcare institutions. Therefore, the present thesis sought to answer the question "What is the patient safety' culture in a hospital?"

A quantitative, observational, descriptive and transversal study was developed, based on the Hospital Survey On Patient Safety Culture and using a non-probabilistic sequential sample. In the study 68 nurses participated being these from a unit of the Hospital de São José and three other units of the Hospital Curry Cabral.

Only teamwork has proved to be a strong aspect. Six areas in need of improvement were identified: supervisor/manager's expectations and actions promoting patient safety, organizational learning/continuous improvement, overall perceptions of safety, feedback and communication about the error, openness in communication and handoff and transitions.

Lastly, the remaining five dimensions have proved to be critical, and consequently in need for changes: management' support for patient safety, frequency of events reported, teamwork across units, staffing and non-punitive response to error.

To the management activity in nursing, an opportunity rose regarding an intervention in teamwork through risk management. The need for action in leadership became clear, as evidence of dissatisfaction of nurses towards their support exists. Thus, leaders must implement strategies / institutional health policies. It was also revealed the existence of a punitive culture, being the nurses-managers competence trying to build a right culture.

Some data may be indicators of communication failures, making it difficult to care. It is essential that these are minimized, so there is no loss of information and care is safe.

Finally some issues that need further research arose: go deeper regarding the problems of transitions, realize the influence that the loss of information can have on care activities and investigate the impact that (de)motivation can have on safety.

Keywords: patient safety; hospitals; nurses; leadership

SUMÁRIO

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xix
ÍNDICE DE TABELAS	xxi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xxiii
INTRODUÇÃO	1
<u>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	5
1. QUALIDADE EM SAÚDE	7
2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	15
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM	21
<u>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO</u>	27
1. METODOLOGIA	29
1.1. Problema e Questão de Investigação	29
1.2. Objetivos	29
1.3. Tipo de estudo	29
1.4. População-alvo	30
1.5. Instrumento de Colheita de Dados	30
1.6. Considerações Éticas	31
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	33
2.1. Apresentação dos Resultados	33
2.1.1. Caracterização da Amostra	33
2.1.2. Dimensões do HSOPSC	35
2.1.3. Número de Eventos e Ocorrências Notificadas	40
2.1.4. Avaliação Global da SD do serviço	40
2.1.5. Comentários dos Participantes	41
2.2. Análise e Discussão dos Dados	42
3. CONCLUSÕES	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração para aplicação do questionário

Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados

Anexo 3 – Quadro de Dimensões do Instrumento de Colheita de Dados

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma

Apêndice 2 – Fluxograma: Identificação do Corpus de Análise da Revisão Sistemática da Literatura

Apêndice 3 – Artigo a submeter a publicação em revista científica

Apêndice 4 – Poster submetido ao 5º Congresso da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Prisma da qualidade nos cuidados de saúde	8

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1. Habilitações Académicas	34
Gráfico 2. Categoria Profissional	34
Gráfico 3. Distribuição dos participantes por serviço	35
Gráfico 4. N° de relatórios de eventos preenchidos no último ano	40
Gráfico 5. Avaliação do Grau da Segurança do Doente	41

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Dimensões e Itens do HSOPSC	31
Tabela 2. Taxa de Resposta por serviço	33
Tabela 3. Dimensões do HSOPSC – Respostas Positivas	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSD – Cultura de Segurança do Doente

EUA – Estados Unidos da América

HCC – Hospital Curry Cabral

HSJ – Hospital São José

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a problemática da qualidade em saúde tem vindo a ser constantemente trabalhada, pelo que têm surgido diversas definições. Para o Institute of Medicine (1990), a qualidade deve ser encarada como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejáveis, tendo como base o conhecimento científico atual. Assim sendo, a garantia da qualidade passa pela prestação de cuidados seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos (Intitute of Medicine, 2001). Donabedian (2003) completa estas ideias ao afirmar que, independentemente do nível alcançado, a qualidade nunca é totalmente satisfatória, abordando assim o conceito de “melhoria contínua”. Por isto mesmo, torna-se necessária uma monitorização da qualidade, isto é, uma constante observação e avaliação, através de 3 abordagens: a estrutura, o processo ou o resultado. A primeira diz respeito às condições sobre os quais os cuidados são prestados, incluindo recursos materiais e humanos e características organizacionais. O processo refere-se às atividades que compõem os cuidados, como o diagnóstico, tratamento e reabilitação, prevenção e educação do doente. Finalmente, o resultado refere-se às mudanças nos indivíduos/populações que são atribuíveis aos cuidados de saúde (mudanças no estado de saúde, no conhecimento, no comportamento ou na satisfação dos doentes/familiares) (Donabedian, 2003).

Ainda relativamente à avaliação da qualidade, uma das questões a ser tida em conta deve ser a segurança do doente, na medida em que, durante o período de internamento, deve ser assegurado um ambiente de cuidados seguro (Intitute of Medicine, 2001). Também Reston (2000) considera que as instituições devem preocupar-se com a possibilidade de errarem, pelo que é necessário formar os profissionais de saúde para reconhecerem e recuperarem de eventuais falhas (Diniz, et al., 2011). Isto passa pela existência de uma cultura de segurança, que é condicionada pelas seguintes dimensões: trabalho em equipa e entre unidades, expectativas do gestor, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback/comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação de evento, profissionais, transições e resposta ao erro não punitiva (Sorra & Nieva, 2004).

Face ao referido, é essencial que as questões da qualidade e da cultura de segurança do doente sejam aprofundadas, particularmente pelos enfermeiros-gestores de cada instituição hospitalar. Isto torna-se mais relevante quando se compreende que cabe à enfermagem a

promoção de resultados de qualidade e a promoção da sua segurança (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011). Consequentemente, a abordagem deste problema clínico torna-se essencial, visto que o exercício atual da medicina tem-se dotado de cada vez maior especificidade e diferenciação, apresentando-se como uma atividade complexa (Fragata, 2011). De acordo com Fragata (2011), os meios terapêuticos e de diagnóstico apresentam uma maior eficácia, mas também uma maior capacidade interventiva sobre o corpo e doença, o que os torna mais ativos e potencialmente perigosos. Para além disto, a forma incorreta de operacionalizar os meios técnicos e farmacológicos podem conduzir a danos colaterais. Estas questões associadas à natureza humana, à exigência de resultados em saúde e às pressões do indivíduo e das organizações (em prol de melhores relações “custo-efetividade”), fazem da prestação de cuidados de saúde, uma atividade de risco (Fragata, 2011).

Também a literatura internacional evidencia e alerta para a problemática da cultura de segurança do doente. Muitos artigos deixam claro que as perceções gerais sobre a cultura de segurança ou sobre o clima de segurança são tendencialmente negativas. De facto, a perceção sobre a cultura de segurança do doente revela-se crítica (Aboul-Fotouh, Ismail, EzElarab, &Wassif, 2012; Hamdan & Saleem, 2013) ou a necessitar de melhorias (Bodur & Filiz, 2010; Chen& Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, &Hamdan, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013). Da mesma forma, em dois artigos o clima de segurança é apresentado como crítico (Deilkas & Hofoss, 2010; Lee, et al., 2010). Os autores constataam, ainda, a existência de uma cultura punitiva perante o erro e uma cultura de culpabilização em muitas organizações, revelando-se como um aspeto crítico das organizações (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013) ou como algo que as mesmas têm que melhorar, como é o caso dos resultados oriundos da China do estudo de Nie, et al. (2013) e dos resultados da Holanda de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013). A existência de uma cultura punitiva nas organizações parece influenciar a frequência do relato e a participação dos eventos adversos, pois este aspeto também é apresentado como problemático (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013) ou a necessitar de melhorias (Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, &Hamdan, 2010), existindo somente um artigo que consideram que o incentivo ao relato dos aeventos adveros é bom (Lee, et al., 2010).

Já no que se refere ao feedback relativo aos erros cometidos, a maioria encaram-no como algo a melhorar (Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013), ainda que alguns autores retratem-no como crítico (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Hamdan & Saleem, 2013).

Para além destes, outros factores que influenciam a segurança do doente sofrem algumas variações, que os autores relacionam com a singularidade cultural de cada contexto (Chen & Li, 2010; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013). Perante isto, e tendo em consideração que de acordo com Fragata (2011), em cerca de 50% dos casos, os eventos são evitáveis, torna-se crucial trabalhar o problema da segurança do doente (*patient safety*), para que este seja encarado como uma área prioritária e a investir.

Assim sendo, o presente trabalho, incide essencialmente sobre a prevenção de complicações e sobre a organização dos cuidados – dois dos seis enunciados definidos nos Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012). Procura responder à pergunta de investigação “***Qual a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar?***”. Para isto, estabeleceu-se como objetivo geral do processo investigativo “***compreender qual a cultura de segurança do doente, presente no Centro Hospitalar Lisboa Central***” e estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- ***Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente;***
- ***Identificar áreas de melhoria na cultura de segurança do doente;***
- ***Identificar a importância da cultura de segurança na gestão e organização dos cuidados de enfermagem.***

De forma a cumprir os objetivos delineados, optou-se por um estudo quantitativo, observacional-descritivo e transversal. Para se conseguir avaliar a cultura de segurança do doente, definiu-se como população-alvo os enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Central, particularmente do Hospital Curry Cabral (Bloco Operatório, Unidade de Transplantes e Internamento de Cirurgia B) e do Hospital de São José (Medicina 1.2), recorrendo-se a uma amostra não probabilística sequencial (Ribeiro, 2010). O instrumento de colheita de dados utilizado foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, de utilização livre. Para analisar os dados obtidos, recorreu-se ao programa SPSS, versão 21.

De modo a enquadrar teoricamente e a compreender a relevância do tema, foi necessário recorrer a autores e instituições de reconhecido mérito na área do ambiente dos cuidados e da qualidade e segurança dos mesmos, nomeadamente Roy & Andrews (2001), Donabedian

(2003), Nightingale (2005), Intitute of Medicine (2001), Direção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011) e Fragata (2011). Paralelamente, procedeu-se à elaboração de uma revisão sistemática da literatura, que procurava responder à pergunta “Qual é a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar?”. Através do método PI[C]O, definiram-se os conceitos-chave e a expressão booleana a utilizar – *safety culture/cultura de segurança AND/e hospitals/hospitais* (The Joanna Briggs Institute, 2011). Da mesma forma, definiram-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde (participantes), avaliação da perceção da cultura de segurança do doente (intervenção/fator), resultados obtidos em contexto hospitalar (resultados), estudos de investigação quantitativos ou qualitativos (estudos), artigos entre 2010 e 2014 (data da publicação) e inglês ou português (idioma). Como critérios de exclusão definiram-se: estudantes ou doentes, intervenção que não unicamente a perceção sobre cultura de segurança do doente, resultados obtidos em contexto não hospitalar, estudos mistos/não científicos/sem resumo na base de dados, artigos anteriores a 2010 e noutra idioma que não os escolhidos. A pesquisa eletrónica decorreu em junho de 2014 na base de dados EBSCOhost (*CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, em inglês) e na SCIELO Portugal (em português). As referências encontradas foram sujeitas a um processo de inclusão/exclusão, ficando-se com um corpus da análise de 11 artigos, cuja qualidade metodológica foi depois avaliada – Ver Apêndice 2 e 3. As referências serviram para elaborar um artigo, que está em fase de preparação para ser submetido a publicação, contribuindo ainda de sustento teórico ao enquadramento e à discussão dos dados. Elaborou-se, também, um poster a ser submetido ao 5º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança – Ver Apêndice 4.

Este trabalho encontra-se, então, estruturado em duas partes: o “Enquadramento Teórico” (parte I) e “Trabalho Empírico” (parte II). O “Enquadramento Teórico” divide-se em “Qualidade em Saúde”, “Cultura de Segurança” e “Gestão em Enfermagem. Já o “Trabalho Empírico” é constituído por “Metodologia” (composto por “Problema e Questão de Investigação”, “Objetivos”, “Tipo de Estudo”, “População-alvo” e “Instrumento de Colheita de Dados”), “Apresentação, Análise e Discussão dos Dados” e “Conclusões”.

Este relatório foi elaborado segundo as normas da APA, aprovadas e atualizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, em outubro de 2014.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE EM SAÚDE

Nos últimos anos, inúmeros autores e instituições têm publicado livros e relatórios, onde trabalham e refletem sobre a temática da qualidade em saúde. Um caso disso é Avedis Donabedian que define “garantia da qualidade” como as ações tomadas de forma a estabelecer, promover e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. O autor realça também o conceito de “melhoria contínua”, na medida em que, não obstante o nível alcançado, a qualidade nunca é totalmente satisfatória, devendo-se procurar melhorar (Donabedian, 2003).

As atividades que garantem a qualidade podem ser divididas em desenho do estudo e recursos (*system design and resources*) e em monitorização do desempenho e reajuste (*performance monitoring and reajustment*). O desenho do estudo e recursos (ou “estrutura”) inclui o recrutamento profissional, a educação, a preparação e a certificação. Paralelamente, abrange o equipamento, a organização dos hospitais, o financiamento dos cuidados, o acesso aos serviços de saúde, a proteção legal do doente, entre outros (Donabedian, 2003).

Já no que se refere à monitorização do desempenho e reajuste, obtém-se informação sobre o nível de qualidade prestado pelo sistema de cuidados e tomam-se as ações necessárias para proteger e melhorar a qualidade. As ações podem adotar uma de duas formas: atividades que destinadas a educar e motivar as pessoas ou reajustes no desenho e no sistema de recursos (Donabedian, 2003).

Donabedian (2003) define, ainda, “monitorização da qualidade” como a atividade que mantém a qualidade dos cuidados sobre constante observação e lembra que a avaliação da qualidade pode passar por 3 abordagens: a estrutura, o processo ou o resultado. A estrutura refere-se às condições sobre os quais os cuidados são prestados. Isto inclui os recursos materiais (equipamento), os recursos humanos (o número, a variedade, as qualificações) e as características organizacionais (a organização das equipas médicas e de enfermagem, a presença de ensino e de investigação, a supervisão do desempenho). Já o processo corresponde às atividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do doente (Donabedian, 2003). Por fim, os resultados dizem respeito às mudanças (desejáveis ou não) nos indivíduos e populações que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde. Isto inclui:

1. Mudanças no estado de saúde;
2. Mudanças no conhecimento e comportamento dos doentes
3. Mudanças no conhecimento e comportamentos dos familiares;

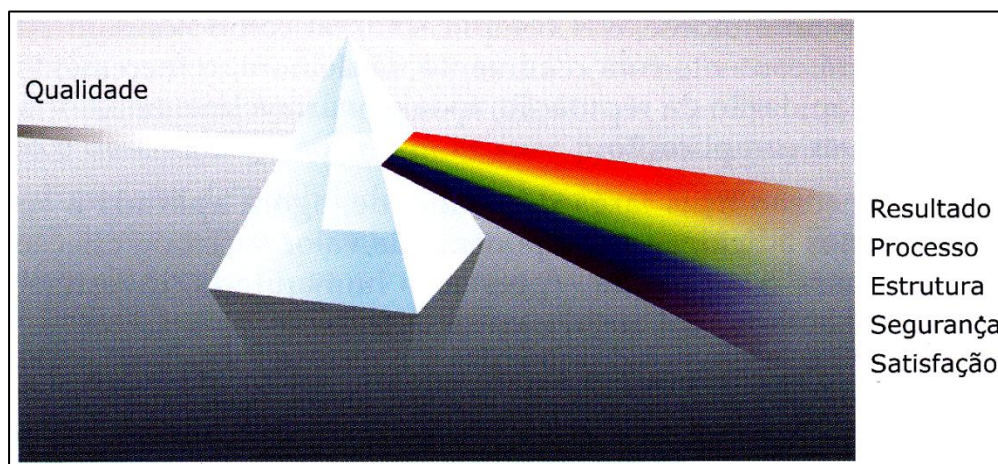
4. Satisfação dos doentes e familiares com os cuidados recebidos (Donabedian, 2003).

Outro autor que também tem trabalhado a questão da qualidade em saúde é Fragata (2011). Para este autor, qualidade em saúde define-se numa triangulação, onde participam diferentes *players* (doentes, prestadores, pagadores e sociedade), e que inclui:

1. Efetividade (eficácia e eficiência);
2. Experiência dos doentes (satisfação);
3. Segurança (ausência de complicações).

Por esta razão, a imagem que melhor espelha as diferentes componentes da qualidade em saúde é uma pirâmide de cristal, por onde a luz faz difração, ou seja, a soma das cores de luz (componentes da qualidade) origina a luz branca (qualidade total) – Figura 1 (Fragata, 2011).

Figura 1. Prisma da qualidade nos cuidados de saúde



Fonte: Fragata (2011)

Além de Donabedian (2003) e Fragata (2011), também algumas instituições têm-se debruçado sobre a questão da qualidade em saúde. Exemplo disto é o Intitute of Medicine (2001) que pulicou um relatório intitulado “*Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century*”, onde são dadas recomendações para uma melhoria da qualidade, durante o século XXI.

O Institute of Medicine (1990) definiu qualidade como o grau em que os serviços de saúde a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejáveis, sendo compatível com o conhecimento profissional atual (Intitute of Medicine, 2001). Da mesma

forma, o Institute of Medicine (2001) propôs 6 objetivos a alcançar, de forma a garantir a melhoria da qualidade. Assim, as organizações e os cuidados de saúde prestados devem ser:

1. Seguros (evitando danos nos doentes);
2. Eficazes/efetivos (baseados em conhecimento científico);
3. Centrados no doente (que respeitem e respondam às necessidades individuais dos doentes);
4. Oportunos/a tempo (sem esperas e sem lesões decorrentes de atrasos);
5. Eficientes (evitando desperdícios)
6. Equitativos (sem que a qualidade varie de acordo com as características pessoais e com o estatuto socioeconómico) (Intitute of Medicine, 2001).

Em Portugal, a problemática da qualidade em saúde tem sido progressivamente trabalhada e legislada. Em 1990, a Assembleia da República aprovou a Lei de Bases da Saúde, decretando que a proteção da saúde constitui um direito de todos os cidadãos. Esta lei estabelece a universalidade da cobertura dos cuidados de saúde como um dos alicerces básicos do sistema de saúde português, estabelecendo que os serviços públicos de saúde se devem estender a toda a população. Para além disto, determina a equidade como um princípio do sistema de saúde, devendo ser garantido o acesso a cuidados de saúde em condições de igualdade. Finalmente, a lei torna relevante que as ações do sistema de saúde devem direccionar-se para a promoção da saúde e prevenção da doença (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, 1990). Isto implica uma conceção integral da saúde e impõe o desafio aos prestadores de cuidados de integrarem, num quadro de melhoria contínua, as ações de promoção da saúde e de prevenção da doença, tal como incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou paliativos (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, 2009;Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Mais tarde, em 2009, o Ministério da Saúde aprovou em despacho a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Esta estratégia tem como missão promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua da qualidade e, para isso, estabelece 7 prioridades estratégicas. Estas prioridades são: qualidade clínica/organizacional, informação transparente ao cidadão, segurança do doente, qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, gestão integrada da doença e inovação, gestão da mobilidade internacional de doentes e avaliação/orientação das reclamações/sugestões dos cidadãos (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, 2009). Simultaneamente, e assim como Fragata (2011), a Estratégia Nacional aborda a questão da participação tanto do profissional de saúde (enquanto responsável pela

prestação do serviço de saúde), como do cidadão (enquanto utilizador desse mesmo serviço) (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, 2009).

Já em 2013, com a publicação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS), a qualidade em saúde ganha nova visibilidade (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2013). O PNS reforça a ideia da adequação dos cuidados de saúde às necessidades do cidadão, elencando que o acesso a cuidados de qualidade é um direito fundamental e que este tem toda a legitimidade para o exigir. Paralelamente, o PNS esclarece que a promoção da qualidade em saúde envolve, entre outras questões, ciclos de melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional e instituição e, ainda, monitorização, *benchmarking* e avaliação. A concretização dos ciclos de melhoria contínua pode ser conseguida através da identificação sistemática de problemas e oportunidades, a fim de os solucionar, estabelecer padrões realistas, identificar e atuar sobre pontos críticos, assim como planear e implementar mudanças e monitorizar. Qualquer um destes processos deve ser multidisciplinar, não punitivo e estar associado a planos de desenvolvimento profissional e institucional. Por outro lado, a monitorização, o *benchmarking* e a avaliação devem incluir processos de acreditação, de avaliação e identificação das boas práticas, ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política (Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Mais recentemente, foi aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD). O despacho correspondente enfatiza a característica multidimensional da qualidade em saúde, enfatizando que a qualidade na saúde assenta na pertinência dos cuidados, na sua segurança, na sua aceitabilidade e acessibilidade e na sua prestação no momento oportuno. Para além disto, reforça que assenta ainda na garantia da continuidade dos cuidados, na sua eficiência e na sua efetividade (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015).

Face ao referido, é possível constatar que a qualidade dos cuidados tem-se tornado também uma prioridade em Portugal, justificando assim o aparecimento de alguns estudos de investigação. De facto, Silva, et al (2013) levaram a cabo um estudo sobre as perspetivas dos profissionais de saúde portugueses e dos doentes relativamente ao significado de “qualidade dos cuidados” e aos aspetos que influenciam a qualidade. Os participantes deste estudo mencionaram questões relacionadas com a estrutura, processo e resultados, mas também abordaram a questão da gestão relacionada com qualidade. Os doentes focaram-se, principalmente, nos aspetos do processo dos cuidados, nomeadamente na relação interpessoal e na existência de suporte emocional, por parte dos profissionais de saúde. Ainda assim,

valorizaram também aspetos como o tempo de espera, o conforto e as instalações (aspetos de estrutura). Relativamente aos profissionais de saúde, estes consideraram os aspetos relacionados com a gestão como o maior obstáculo ao seu trabalho, pelo que defendem que a qualidade dos cuidados poderia ser melhorada com a existência de mudanças a esse nível. Para além disto, os profissionais de saúde portugueses também conferiram grande importância aos aspetos interpessoais, aos recursos materiais e ao ambiente físico, quando lhes é pedido que pensem na qualidade dos cuidados (Silva, et al., 2013).

A par deste estudo, e principalmente ao nível internacional, têm surgido vários artigos que se debruçam sobre a influência que os enfermeiros têm sobre a qualidade dos cuidados.

Segundo Martin (2015), a existência de dotações seguras de enfermeiros melhora os resultados dos cuidados, para os doentes, para os enfermeiros e para as próprias organizações. Ainda nesta ótica, Stanton (2004) considera que a existência de mais enfermeiros juntos dos doentes ajuda a aumentar a satisfação dos doentes, melhora a qualidade dos cuidados e aumenta a satisfação dos enfermeiros e a sua retenção (Martin, 2015).

Também Kieft, de Brouwer, Francke, & Delnoij (2014) desenvolveram um estudo sobre como os enfermeiros e o seu ambiente de trabalho afetam as experiências de qualidade dos cuidados dos doentes. Os participantes (enfermeiros) identificaram os seguintes elementos como facilitadores da **qualidade dos cuidados**:

1. Enfermeiros clinicamente competentes (ao nível das competências sociais, da perícia e experiência e da capacidade de priorização);

2. Relações de trabalho onde haja colaboração e comunicação eficaz;

3. Prática de enfermagem autónoma;

4. Dotações adequadas;

5. Controlo sobre a prática de enfermagem;

6. Suporte por parte da gestão;

7. Cuidados centrados no doente (Kieft, de Brouwer, Francke, & Delnoij, 2014).

Atendendo ao supracitado, é possível concluir que as investigações atuais têm provado que os enfermeiros influenciam o nível da qualidade em saúde. Assim, a sua promoção deve ser uma preocupação constante de todos os enfermeiros. Por isso mesmo, em 2002, a Ordem dos Enfermeiros elaborou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que qualquer enfermeiro deveria procurar respeitar. Neste documento, é esclarecido que a qualidade dos cuidados de enfermagem é visível em 6 resultados: a satisfação do cliente, a promoção da

saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

No que se refere à satisfação do cliente, o enfermeiro deve respeitar as suas capacidades, crenças e valores, demonstrando uma constante empatia nas suas interações com o cliente. Deve ainda encará-lo como parceiro no planeamento dos cuidados e envolver os seus significativos nos mesmos, de forma a minimizar o impacto negativo das mudanças de ambiente a que o cliente foi forçado (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

Relativamente à promoção da saúde, o enfermeiro deve identificar a situação de saúde e os recursos do seu cliente/família, promover oportunidades promotoras de estilos de vida saudáveis e fornecer informação geradora de novos conhecimentos e capacidades do cliente. No que se refere ao bem-estar e autocuidado, cabe ao enfermeiro maximizar o bem-estar dos clientes e complementar as atividades de vida nos quais são dependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

Para além destes, relativamente à readaptação funcional, o enfermeiro deve desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, em conjunto com o cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

Já relativamente à prevenção de complicações, o enfermeiro deve prevenir eventuais complicações para a saúde dos doentes. Para isso, é necessário que, dentro do seu campo de ação, identifique potenciais problemas do doente e que, a partir daí, prescreva, implemente e avalie intervenções de enfermagem, que tenham como fim evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis desses problemas. Nestes casos, o enfermeiro deve assegurar o rigor técnico-científico da sua ação e, no caso de os problemas ultrapassarem as suas competências ou capacidades, deve referenciar a situação para outros profissionais que consigam dar uma resposta mais eficaz. Ainda neste campo, é exigido ao enfermeiro a supervisão de eventuais intervenções que tenham sido delegadas e a sua responsabilização pelas decisões que toma.

Por último, no que se refere à organização dos cuidados, é esperado que o enfermeiro contribua para a sua máxima eficácia. Para isso, é necessário a existência de referencial para o exercício profissional, bem como a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade desse mesmo exercício. Além dos anteriores, são elementos importantes a existência de um sistema de registos de enfermagem (onde os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem estejam bem claros) e a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade da sua ação. Paralelamente, é desejado a garantia de um número adequado de enfermeiros face às necessidades dos cuidados e a adoção de uma política e de metodologias

promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

Atendendo aos padrões, torna-se importante destacar o foco do presente trabalho nos enunciados da “prevenção de complicações” e da “organização de cuidados”.

2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

Alguns dos autores e instituições mencionados reconhecem a segurança do doente como uma questão essencial da qualidade em saúde (Fragata, 2011; Intitute of Medicine, 2001). O Institute of Medicine (2001) identifica a segurança como um objetivo a alcançar, adiantando que os doentes não devem ser lesados pelo cuidado que tem intenção de os ajudar, nem devem prejudicar os profissionais de saúde. A segurança do doente é, então, definida como a liberdade para a ocorrência de uma lesão acidental. Assim, num sistema seguro, os doentes só precisam de informar os profissionais sobre algo uma única vez, pois a informação não é perdida, não está inacessível e não é perdida durante as passagens de turno. Ainda de acordo com o Institute of Medicine (2001), garantir a segurança dos doentes também exige que estes sejam informados e que participem tão plenamente quanto queiram ou sejam capazes. Os doentes e os seus familiares não devem ser excluídos da aprendizagem sobre incertezas, riscos e opções terapêuticas, pois um doente informado é um doente seguro. Perante isto, alcançar um maior nível de segurança é um essencial primeiro passo para melhorar a qualidade global dos cuidados. Assim sendo, melhorar a segurança do doente exige esforços sistemáticos, nomeadamente: uma grande mudança na cultura dos cuidados (em que os erros são identificados, analisados e interpretados, com vista à melhoria e não à culpa), uma extensa pesquisa sobre as causas que conduzem a lesões e a existência de novos sistemas de cuidados (projetados para evitar erros e minimizar os danos) (Intitute of Medicine, 2001).

Também Fragata (2006, p. 41) reconhece que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos, definindo risco como a “probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso” e evento adverso como “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade e como consequência do tratamento (...), causando algum tipo de dano (...)”. Segundo o autor, a prestação de cuidados tem-se tornado cada vez diferenciada, o que a sujeita a uma série de variáveis que podem traduzir-se em erros – 50% deles evitáveis. Na mesma ótica, os meios diagnósticos e terapêuticos apresentam uma maior eficácia, mas também uma maior capacidade invasiva, tornando-os potencialmente perigosos. Assim, esta perigosidade, a forma incorreta de utilizar os recursos técnicos e os fármacos, a imprevisibilidade da natureza humana e as várias pressões fazem da prestação de cuidados uma atividade de risco a que é preciso estar atento (Fragata, 2011). Como consequência, o autor enfatiza a segurança do doente e a necessidade de uma cultura de segurança do doente (CSD). Fragata (2011) parte do pressuposto de que cultura engloba as perceções, motivações, atitudes e os comportamentos

de um grupo que desempenha uma tarefa. Por isso, considera que uma CSD é determinada pelos seguintes elementos:

1. Valores partilhados sobre segurança (percepções, competências e comportamentos);
2. Valores individuais e de grupo;
3. Adoção da segurança como prioridade;
4. Comunicação aberta;
5. Reconhecimento da falibilidade/vulnerabilidade;
6. Consciência do risco e antecipação dos erros;
7. Política de reporte e discussão de eventos;
8. Completa revelação e pela resiliência em matérias de segurança;
9. Existência de uma cultura *just* (responsabilização, mas sem culpa);
10. Aprendizagem em torno dos erros.

Atendendo a isto, a comunicação, a supervisão, a colaboração em equipa e a coordenação e a liderança relacionam-se fortemente com a segurança dos doentes e têm sido os alvos para a sua melhoria (Fragata, 2011). Relativamente à questão da liderança, Fragata (2011) confere-lhe particular relevância, pois assume que esta é essencial para a funcionalidade das equipas e para o estabelecimento de culturas organizacionais de segurança, e que caba ao líder orientar a equipa e promover e disseminar a CSD.

Também Sorra & Nieva (2004) concordam que a segurança do doente é um componente crítico da qualidade em saúde. Assim como Fragata (2011), estes autores consideram que alcançar uma CSD exige a compreensão dos valores, crenças e normas (sobre o que é importante numa organização) e que atitudes e comportamentos relacionados com a segurança do doente são esperados e adequados (Sorra & Nieva, 2004). Os autores sugerem que a CSD é determinada pelos seguintes aspetos:

1. Trabalho em equipa;
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente;
3. Apoio à segurança do doente pela gestão;
4. Aprendizagem organizacional/melhoria contínua;
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente;
6. Feedback e comunicação acerca do erro;
7. Abertura na comunicação;
8. Frequência da notificação de eventos;
9. Trabalho entre as unidades;

10. Profissionais

11. Transições/passagens de turno;

12. Resposta não punitiva ao erro.

Isto faz com que a melhor forma de avaliar a CSD de uma organização seja avaliando estes mesmos aspetos (Sorra & Nieva, 2004).

Não obstante o referido, também a investigação internacional tem-se debruçado cada vez mais sobre a avaliação da CSD. Os artigos resultantes da revisão sistemática da literatura realizada evidenciam percepções da CSD tendencialmente negativas, não existindo nenhum que revele uma percepção geral ou um clima de segurança com pontuações fortes – Ver Apêndice 3. De facto, a percepção sobre a CSD revelou-se crítica - nos estudos de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) e de Hamdan & Saleem (2013) -, ou a necessitar de melhorias - nos de Bodur & Filiz (2010), Chen & Li (2010), El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan (2010), 2010; Fernandes & Queirós (2011), Nie, et al., (2013) e de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013). Também as investigações de Deilkas & Hofoss (2010) e Lee, et al. (2010) evidenciaram um clima de segurança crítico.

Os autores constataram, ainda, a tendência para a existência de uma cultura punitiva perante o erro e de uma cultura de culpabilização. Isto é visível na “resposta não punitiva ao erro”, que se revelou um aspeto crítico das organizações (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013). Ainda assim, os resultados da China do estudo de Nie, et al. (2013) e os da Holanda de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) apresentaram este factor como algo a melhorar. A tendência para uma cultura punitiva pareceu aliar-se a o facto da “frequência do relato/participação dos eventos adversos” ser encarada tanto como problemática (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013) como a necessitar de melhorias (Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). No entanto, é de evidenciar que, no artigo de Lee, et al. (2010), os participantes consideraram que os administradores incentivavam o reporte de eventos adversos, de forma considerável.

Um outro aspeto a destacar é o “feedback e informação sobre os erros” que maioritariamente foi encarado como algo a melhorar (Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010; Fernandes & Queirós, 2011; Nie, et al., 2013; Wagner,

Smits, Sorra, & Huang, 2013), ainda que alguns estudos o tenham revelado como crítico (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010; Hamdan & Saleem, 2013).

Além do referido, outros factores também apresentaram algumas variações, consoante o contexto cultural em que foram avaliadas. Por isto mesmo, alguns autores defendem que, independentemente do instrumento utilizado, a singularidade cultural de cada contexto deve ser tida em conta, quando comparados vários países (Chen & Li, 2010; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013).

Continuando a análise dos vários artigos, constatam-se algumas diferenças. No artigo de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012), de entre as 12 dimensões do questionário utilizado, a maior pontuação positiva pertenceu à “aprendizagem organizacional para a melhoria contínua”, seguindo-se o “trabalho em equipa”. A menor pontuação correspondeu à “resposta não-punitiva ao erro”. Por isso, os autores concluíram, que a CSD teria muitas áreas de melhoria, que precisariam de avaliação e monitorização contínuas, de forma a desenvolver um ambiente seguro.

No estudo de Deilkas & Hofoss (2010), os autores concluíram que os esforços de melhoria da CSD não se deveriam limitar a intervenções destinadas a todo o hospital ou a departamentos inteiros, devendo sim incluir a participação ao nível das enfermarias. Os autores consideraram, também, que a CSD deveria ser estudada tão perto do doente, quanto possível. Paralelamente, apesar dos autores reconhecerem a cultura de segurança do hospital, verificaram que a variação dos resultados indicava a presença de culturas de segurança específicas de cada departamento (Deilkas & Hofoss, 2010).

Por outro lado, no estudo de Fernandes & Queirós (2011), os resultados revelaram que profissionais encontravam-se céticos, sendo que os mais novos apresentaram-se menos positivos em relação à CSD. Além disto, os participantes encontravam-se convictos que aquando da notificação de erros, eles são o centro da atenção (e não o erro propriamente dito).

Por fim, Hamdan & Saleem (2013) também constataram a existência de falta de abertura comunicacional e desadequado apoio da gestão, o que verificaram ser os principais desafios à prestação de cuidados seguros.

Face ao supracitado, é possível afirmar que a CSD tem-se tornado uma prioridade e objeto de investigação de muitos países. Assim, a par de outros países, tem surgido legislação e orientações relativamente à segurança dos doentes nas instituições de saúde portuguesas. Efetivamente, e tal como referido, em 2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde

definiu 7 prioridades estratégicas, dos quais se destaca a segurança do doente. Face a isto, o Departamento da Qualidade da Saúde vê-se obrigado a desenvolver um sistema de notificações de incidentes/eventos adversos, não com intuito punitivo, mas com o fim de aprender com o erro. Paralelamente, tem a responsabilidade de divulgar normas que evitem as causas mais comuns que põem em risco a segurança dos doentes (Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho, 2009).

Tendo como base o estabelecimento da segurança do doente como prioridade estratégica, em 2011, foi levado a cabo um estudo-piloto sobre avaliação da CSD em hospitais portugueses (Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011). Os resultados obtidos evidenciam que as seguintes dimensões da CSD precisam de intervenção nos hospitais: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, comunicação e feedback acerca do erro, perceções gerais sobre a segurança do doente e, por fim, a dimensão relativa às transições (Diniz, et al., 2011).

Conhecidos os resultados do estudo-piloto, em 2013, a Direção-Geral da Saúde elaborou uma norma que vem implementar, a cada 2 anos, a avaliação da percepção dos profissionais de saúde relativamente à CSD existente nas suas instituições. Deste modo, esta norma conferiu a prioridade que a Estratégia Nacional para a Qualidade defendia que a segurança deveria ter (e que veio depois a ser aprofundada com o já mencionado PNSD) (Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde, 2013).

De facto, também o PNSD debruça-se sobre a questão da segurança e da gestão do risco, reiterando que a ocorrência de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada à cultura de segurança das instituições e à sua organização. Este plano elenca, ainda, a existência de evidência que comprova que o risco de ocorrerem incidentes aumenta 10 vezes nas instituições que não investem nas boas práticas de segurança dos cuidados (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015).

De acordo com o PNSD, a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais e exige a gestão de todas as atividades. Assim, o ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança implica a identificação das ações preventivas já existentes, bem como a avaliação das medidas tomadas, e requer a adoção de medidas reativas e corretoras (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). Isto quer dizer que a gestão do risco é um processo coletivo que visa garantir a melhor segurança dos doentes, evitando incidentes capazes de comprometerem a qualidade do

Serviço Nacional de Saúde. Este plano esclarece ainda que estes incidentes estão muitas vezes associados a defeitos de organização, coordenação ou de comunicação, que revelam a existência de um baixo índice de cultura de segurança (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015).

Tendo em conta o referido, o PNSD definiu 9 objetivos a atingir, dos quais se destacam 5. Um dos objetivos é aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, o que vai ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da União Europeia, sobre a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a CSD das instituições, como condição imprescindível para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade. Estas recomendações têm como alicerce que os utentes e os profissionais são, paralelamente, agentes e destinatários da mudança e da própria CDS (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). Outro objetivo é aumentar a segurança da comunicação, pois esta é um pilar essencial para a segurança do doente, particularmente aquando da transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde (nas transições, mudanças de turno e transferências ou altas dos doentes). Além destes, destacam-se outros 2 objetivos, designadamente aumentar a segurança na utilização da medicação e garantir a inequívoca identificação dos doentes. Por fim, é de evidenciar o objetivo de garantir a prática global de notificação, análise e prevenção de incidentes, visto que a notificação é considerada uma das melhores formas de identificar riscos e vulnerabilidades de uma organização, possibilitando a partilha de aprendizagens com o erro (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015).

3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Com o início da enfermagem moderna, as questões relacionadas com o ambiente onde eram prestados os cuidados começaram a ter maior destaque. Efetivamente, Nightingale (2005, p. 55) chegou a defender que “todos os benefícios de uma boa enfermagem (...) podem ser anulados por deficiência, por exemplo, na administração básica”. Neste caso, a autora destaca a importância da administração dos cuidados e do ambiente que os envolve. Para além disto, a autora reflete sobre as causas dos acidentes que ocorriam na época vitoriana, numa clara preocupação com o que hoje se chama de “segurança do doente”. A autora considerava que uma das causas dos acidentes que ocorriam era a falta de um sistema de assistência organizado, destacando assim a importância da gestão na minimização de acidentes, isto é, realçando a figura de administração/gestão como promotora de cuidados mais seguros (Nightingale, 2005). Paralelamente, ao longo da sua obra, Nightingale (2005) defende a ideia de que o estado de saúde do doente pode ser prejudicado por influência de fatores ambientes (ventilação e aquecimento, condições sanitárias, ruídos, alimentação, entre outros), cabendo ao enfermeiro garantir a recuperação da saúde do doente e evitar o desenvolvimento de complicações, isto é, cabendo-lhe promover a segurança do seu doente.

Não obstante o referido, a avaliação da CSD também ganha sentido quando analisada à luz do Modelo de Adaptação de Callista Roy. O modo fisiológico deste modelo pode ser associado à forma como a pessoa responde aos estímulos do ambiente. O ambiente abrange as condições, circunstâncias e influências que determinam o desenvolvimento e comportamento da pessoa (Roy & Andrews, 2001).

Face a isto, é possível compreender qual o papel da enfermagem. Segundo Roy & Andrews (2001), as atividades de enfermagem abrangem a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação ao ambiente – algo muito parecido ao que Nightingale (2005) defendia. Paralelamente, os atos de enfermagem aumentam a interação da pessoa com o ambiente, promovendo a sua adaptação. Por outras palavras, o enfermeiro determina a sua intervenção através da gestão dos estímulos influenciadores.

Atendendo ao referido, é possível fazer a ponte com a avaliação da CSD. Se o ambiente da prestação de cuidados for equiparado ao ambiente de Roy & Andrews (2001), verifica-se que a CSD poderá englobar as condições e circunstâncias que o modelo teórico refere. Da mesma forma, é papel do enfermeiro avaliar o comportamento e os estímulos que condizem à (in)existência de uma boa cultura de segurança, bem como determinar a sua ação através da

gestão desses estímulos (Roy & Andrews, 2001). Concluindo, a promoção da segurança dos cuidados e a avaliação da CSD insere-se no campo de ação da enfermagem, pois a gestão dos cuidados e dos estímulos ambientais fazem parte das funções enfermeiro, tal como é defendido por Roy & Andrews (2001) e Nightingale (2005).

Também White, McGillis Hall, & Lalonde (2011) consideram que a enfermagem tem um papel na segurança do doente. Enquanto profissão, a enfermagem é responsável por melhorar a saúde e promover resultados de qualidade, sendo que os resultados relativos à segurança são um componente essencial da qualidade (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011). Ainda segundo as autoras, a literatura tem associado as questões de segurança à ocorrência de eventos adversos, incluindo quedas, úlceras de pressão, erros de medicação, infeções nosocomiais, erros no tratamento e mortalidade (que são constantemente retratados como aspetos da prática de enfermagem) (American Nurses Association, 1995, citado por White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Concomitantemente, segundo Leape, et al. (2000), os erros são o resultado de uma complicada interface entre os prestadores de cuidados e a tecnologia, dos prestadores e do sistema ou ainda da complexa interacção entre diferentes prestadores de cuidados (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011). Por isto mesmo, pode-se afirmar que a cultura organizacional afecta o número e o tipo de erros que têm vindo a ser relatados, na medida em que a presença de uma cultura punitiva desencoraja os indivíduos a reportarem erros, conduzindo à subnotificação e, em última análise, à falha na identificação das origens dos problemas (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011). Assim sendo, a segurança do doente pode ser o resultado da qualidade do papel independente/autónomo da enfermagem (por exemplo a precisão da avaliação do doente), dos papéis relacionados com cuidados médicos (julgamento clínico do enfermeiro ou implementação de uma indicação médica) ou dos papéis interdependentes (comunicação precisa e oportuna entre os vários elementos da equipa multiprofissional). Desta forma, pode-se concluir que a enfermagem desempenha um importante papel na prevenção de resultados adversos e que, por isso, cabe aos administradores e criadores de políticas estruturarem a enfermagem, de forma a criarem um ambiente de cuidados promotor da segurança do doente (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Face ao que foi referido, é então possível afirmar que o enfermeiro - principalmente o enfermeiro com funções de liderança e gestão - tem um papel essencial na promoção e melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, algo que a literatura nacional e internacional tem vindo a evidenciar. Efetivamente, Fradique & Mendes (2013) procuraram

estudar os efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e chegaram à conclusão que a liderança em enfermagem está diretamente e positivamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Também segundo os autores, o enfermeiro-chefe é o elemento-chave enquanto gestor da liderança, sendo decisivo para o funcionamento eficaz da organização e adotando o papel de motivador da equipa que lidera. Para além disto, a capacidade do enfermeiro-gestor influenciar os resultados das organizações depende mais da implementação de estratégias, da motivação e da liderança, do que do seu peso hierárquico (Fradique & Mendes, 2013). Na mesma ótica, os autores consideram que os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. Por isso mesmo, cabe aos enfermeiros-gestores garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem que, por sua vez, é influenciada pelo estilo de comunicação e colaboração entre os profissionais e pelos modelos de supervisão. Assim sendo, os autores consideram que os enfermeiros-líderes devem dar importância à inovação, incentivando e permitindo que os elementos das suas equipas sejam criativos na implementação de estratégias promotoras da qualidade dos cuidados (Fradique & Mendes, 2013). Esta ideia é corroborada por Santos, Lima, Pestana, Garlet, & L (2013) que afirmam que a liderança deve ser encarada como um instrumento importante à implementação de mudanças, que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Para além dos autores mencionados, também Haycock-Stuart & Kean (2012) defendem que a existência de cuidados de enfermagem com elevada qualidade é função específica dos líderes em enfermagem. Ainda assim, os autores destacam a necessidade de se identificarem indicadores de avaliação da qualidade, bem como importância de se demonstrar o impacto da enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde (Haycock-Stuart & Kean, 2012).

Paralelamente ao mencionado, tem também surgido alguma literatura que associa o papel da gestão e da liderança em enfermagem especificamente à promoção da segurança do doente.

Williams & Reid (2009) defendem que a liderança em enfermagem – a todos os níveis – é central para a redução do número de eventos adversos. Os autores anunciam 5 intervenções, que compõem a *Patient Safety First Campaign* (no Reino Unido), e que visa desenvolver melhorias ao nível da segurança do doente. Uma dessas intervenções procura estabelecer melhorias na liderança, de forma a promover a segurança do doente. Para os autores esta intervenção faz sentido, quando é tido em conta que sem os líderes com o conhecimento e as capacidades necessárias para implementar mudanças, a possibilidade de reduzir a incidência de eventos adversos é inferior. Também de acordo com Flin, et al. (2008), a liderança para a

segurança do doente deve ser exercitada a todos os níveis e os enfermeiros devem desempenhar um papel importante ao providenciar um visível suporte na melhoria da segurança dos cuidados (Wiiliams & Reid, 2009). Assim sendo, Wiiliams & Reid (2009) consideram que os líderes devem ter responsabilidades claras para introduzir as mudanças necessárias para reduzir o número de danos e defendem que todos os enfermeiros devem reconhecer a sua própria responsabilidade na implementação da segurança e na prestação de cuidados baseados na evidência. As autoras continuam ao afirmar que promover uma cultura onde a segurança do doente seja levada a sério é uma responsabilidade fundamental da liderança em enfermagem. Os enfermeiros-líderes devem, ainda, definir as suas expectativas relativas à segurança do doente, podendo atuar como visionários, ajudando os restantes enfermeiros a planear, liderar, controlar e organizar as atividades que promovem a segurança nos cuidados (Wiiliams & Reid, 2009). Assim, enquanto os enfermeiros são essenciais na criação do ambiente da prática de cuidados (devendo atuar como defensores da segurança do doente), os enfermeiros-líderes encontram-se em posição de influenciar o foco sobre a segurança do doente (liderando através do exemplo e inspirando os seus colegas) (Wiiliams & Reid, 2009).

Na mesma linha de pensamento, encontram-se Vaismoradi, Bondas, Salsali, Jasper, & Turunen (2014). Os autores desenvolveram um estudo de investigação, que pretendia explorar de que forma os enfermeiros líderes facilitariam a prestação de cuidados seguros, na perspetiva de enfermeiros e enfermeiros-líderes. Os autores chegaram à conclusão que, de forma a facilitar a prestação de cuidados seguros, compete aos enfermeiros-líderes:

1. Melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros,
2. Desenvolver as competências práticas dos enfermeiros,
3. Atribuir funções aos enfermeiros de acordo com as suas competências e capacidades,
4. Proporcionar supervisão apropriada,
5. Melhorar as relações profissionais entre os vários prestadores de cuidados e encorajar a colaboração entre todos,
6. Conferir maior controlo aos enfermeiros,
7. Recompensar a prática segura (Vaismoradi, Bondas, Salsali, Jasper, & Turunen, 2014).

Os autores defendem, portanto, que os enfermeiros-líderes estão numa posição que lhes permite ter um papel essencial na promoção e melhoria da segurança do doente (Vaismoradi, Bondas, Salsali, Jasper, & Turunen, 2014).

Num outro artigo, Kangasniemi, Vaismoradi, Jasper, & Turunem (2013) afirmam que o enfermeiro-líder desempenha um papel ético e estratégico na garantia da segurança do doente, na medida em que o seu trabalho de gestão organizacional e de prática clínica cria a possibilidade de realizar, evidenciar e promover as questões éticas da segurança. De facto, promover a compreensão e consciencialização dos valores e princípios da segurança do doente pode ser conseguido. Para isso, o enfermeiro-líder deve padronizar e decretar protocolos relativos a práticas seguras, adaptar modelos de segurança adequados, promover o desenvolvimento de equipa multidisciplinares que visem a segurança e desenvolver uma imagem cultural da segurança do doente (Kangasniemi, Vaismoradi, Jasper, & Turunem, 2013).

Tendo isto em conta, o papel dos enfermeiros-gestores inclui incorporar os valores éticos da segurança do doente em todas as tomadas de decisão da organização, pois a existência de uma segurança sensível às suas questões éticas, proporciona práticas sustentáveis nas quais a dignidade humana é respeitada (Kangasniemi, Vaismoradi, Jasper, & Turunem, 2013) .

Recapitulando, é pois evidente que a qualidade e a segurança dos cuidados prestados relacionam-se diretamente com o papel dos enfermeiros-gestores. Isso quer dizer que enfermeiros-gestores competentes propiciam cuidados seguros e de qualidade (Williams & Reid, 2009; Haycock-Stuart & Kean 2012; Fradique & Mendes, 2013; Santos, Lima, Pestana, Garlet, & L, 2013; Kangasniemi, Vaismoradi, Jasper, & Turunem, 2013; Vaismoradi, Bondas, Salsali, Jasper, & Turunen, 2014). Por isto mesmo, em 2015, foi aprovado o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, onde o papel do enfermeiro-gestor na promoção e avaliação da segurança do doente está bem clarificado (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015). Assim, torna-se crucial que os enfermeiros-gestores trabalhem a problemática da CSD, particularmente nas instituições de saúde onde exerçam funções.

O enfermeiro-gestor tem como domínios de competência acrescida a gestão e a sua assessoria. Neste caso, o presente projeto insere-se essencialmente no domínio da gestão, procurando trabalhar a competência do enfermeiro-gestor em garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para isso, cabe ao enfermeiro-gestor promover a elaboração e implementação de projetos na área da qualidade, para que possa garantir a adoção de melhores práticas profissionais e para que seja capaz de gerir o risco clínico e não clínico (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015).

Face ao referido, este projeto procura desenvolver a capacidade de assegurar o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, anteriormente referidos. Para além disto, procura dotar das capacidades de desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e de promoção da utilização e atualização de normas de boas práticas. O desenvolvimento destas funções permitirá, também, aprimorar a capacidade de planeamento da qualidade dos cuidados de saúde e melhorar a forma de satisfazer as necessidades do doente, atendendo às condições ambientais e situacionais (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015).

Para além do mencionado, este projeto relaciona-se com a função do enfermeiro-gestor em gerir o risco. Efetivamente cabe a este promover ambientes seguros, através da identificação de riscos e da introdução de medidas corretivas, da elaboração e da implementação de planos de gestão do risco. Além destas funções, é exigido que o enfermeiro-gestor coordene e participe em grupos de trabalho na área da gestão do risco clínico e não clínico, bem como esteja preparado para gerir situações imprevistas e problemáticas, relativamente à gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais. Tudo isto, ganha sentido quando se compreende que o enfermeiro-gestor é a figura que tem como obrigação promover a CSD (Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março, 2015). Desta forma, pretende-se que a elaboração deste projeto propicie o desenvolvimento e aprimoramento destas mesmas exigências.

Concluindo, pretende-se que todo o processo de investigação sobre a avaliação da CSD contribua para o desenvolvimento de capacidades, que permitam desempenhar adequadamente o papel do enfermeiro-gestor enquanto promotor de cuidados de saúde mais seguros.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

1.1. Problema e Questão de Investigação

Com este trabalho de investigação pretendeu-se estudar a segurança do doente em contexto hospitalar, particularmente a perceção que os enfermeiros têm sobre a CSD das instituições onde exercem funções. Isto vai ao encontro do que afirma Reston (2000), que considera que as instituições devem preocupar-se com a possibilidade de errarem, sendo necessário formar os profissionais de saúde para reconhecerem e recuperarem de eventuais falhas (Diniz, et al., 2011). Desta forma, pretende-se abordar essencialmente a prevenção de complicações e a organização dos cuidados, como papel essencial do enfermeiro (e do enfermeiro-gestor) na promoção da qualidade e segurança.

Assim sendo, para a concretização do estudo de investigação, definiu-se como questão de investigação “Qual a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar?”.

1.2. Objetivos

Estabeleceu-se como objetivo geral “*compreender qual a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar Lisboa Central*”.

De forma a responder ao objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente;
- Identificar áreas de melhoria na cultura de segurança do doente;
- Identificar a importância da cultura de segurança na gestão e organização dos cuidados de enfermagem.

1.3. Tipo de estudo

De forma a responder à questão de investigação, decidiu-se proceder a um estudo quantitativo, observacional-descritivo e transversal (Ribeiro, 2010). Um estudo observacional caracteriza-se pelo facto do investigador não intervir, desenvolvendo procedimentos para descrever acontecimentos que ocorrem naturalmente e os seus efeitos nos sujeitos. Em

paralelo, um estudo observacional-descritivo fornece informação sobre a população em estudo (recorrendo a uma análise descritiva simples), enquanto um estudo transversal foca-se num único grupo (representativo da população), sendo a colheita de dados feita num único momento (Ribeiro, 2010).

1.4. População-alvo

Para a prossecução da investigação, definiu-se como população de estudo os enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Central, recorrendo-se a uma amostra não probabilística sequencial. Numa amostra não probabilística ou intencional, a probabilidade relativa de um elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2010). Por sua vez, numa amostra sequencial, os indivíduos elegíveis são incluídos por conveniência do investigador (JAMA, 1996; Dommermuth, 1975, citados por Pais Ribeiro, 2010). Assim, decidiu-se aplicar os questionários aos enfermeiros do Centro Hospitalar Lisboa Central.

Enquanto no Hospital de São José (HSJ), optou-se por aplicar os questionários na área de medicina, no Hospital Curry Cabral optou-se pela área de cirurgia. Deste modo, selecionou-se o serviço de Medicina 1.2 do Hospital de São José, serviço de internamento, com uma lotação de 58 camas e uma população-alvo de 50 enfermeiros. No Hospital Curry Cabral (HCC), optou-se pelo Bloco Operatório Central (com uma população de 38 enfermeiros) e pelos serviços de internamento Cirurgia B e a Unidade de Transplantes (cada um com 28 camas) e com uma população-alvo de 18 e 21 enfermeiros, respetivamente.

1.5. Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados foi o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), traduzido e validado para a cultura portuguesa, sendo o questionário de utilização livre – ‘*Free—available to the public. The surveys were developed by AHRQ and are available free of charge*’ (Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2012)- Ver anexo 2. O HSOPSC será aplicado uma única vez, durante um período de tempo estipulado. A análise dos dados obtidos terá como recurso o programa SPSS, versão 21.

O HSOPSC incide sobre a perspetiva dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente. O questionário incide, pois, sobre questões relacionadas com a segurança do doente e

com o relato de erros/eventos (Sorra & Nieva, 2004). O HSOPSC divide-se em 12 dimensões (dividindo-se os itens por cada uma das dimensões) – Ver anexo 3:

Tabela 1. Dimensões e Itens do HSOPSC

DIMENSÕES	Alíneas
Trabalho em equipa	A1, A3, A4, A11
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	A19, A20, A21, A22
Apoio à SD pela gestão	A23, A30, A31
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A6, A9, A13
Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10, A15, A17, A18
Feedback e comunicação acerca do erro	B1, B3, B5
Abertura na comunicação	B2, B4, B6
Frequência da notificação de eventos	B7, B8, B9
Trabalho entre as unidades	A24, A26, A28, A32
Profissionais	A2, A5, A7, A14
Transições	A25, A27, A29, A33
Resposta não punitiva ao erro	A8, A12, A16

Fonte: Sorra & Nieva (2004)

1.6. Considerações Éticas

O presente trabalho empírico baseia-se no respeito pelas questões éticas e deontológicas de um processo de investigação. Solicitou-se autorização à Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar em questão, para aplicação do instrumento de colheita de dados.

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e do questionário escolhido, tendo dado o seu consentimento informado. O anonimato dos participantes foi garantido, bem como a confidencialidade dos dados (divulgando-os apenas aos interessados).

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

2.1. Apresentação dos Resultados

Durante a fase colheita de dados, foram entregues 119 questionários, 50 no serviço de Medicina 1.2 do HSJ, 38 no Bloco Operatório do HCC e 10 e 21, nos serviços de Cirurgia B e na Unidade de Transplantes do HCC, respetivamente. No serviço de Medicina 1.2, obtiveram-se 18 questionários completos, com uma taxa de resposta de 36,00%. Por outro lado, no Bloco Operatório a taxa de resposta foi de 71,05% (27 questionários completos), na Cirurgia B foi de 100,00% (10 questionários) e na Unidade de Transplantes foi de 61,90% (13 questionários). Desta forma, a taxa de resposta total foi de 57,14%, sendo que a amostra ficou constituída por 68 sujeitos, que responderam às questões dos questionários, de acordo com as orientações dadas – Tabela 1.

Tabela 2. Taxa de Resposta por serviço

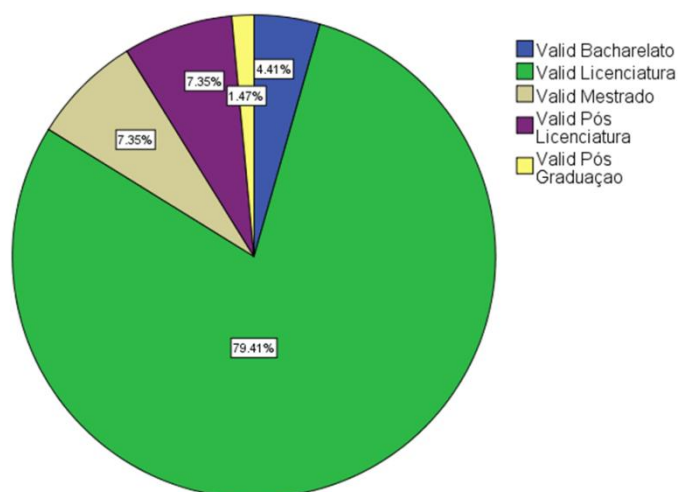
	Questionários Distribuídos	Questionários devolvidos	Taxa de Resposta (%)
Medicina 1.2	50	18	36,00
Bloco Operatório	38	27	71,05
Cirurgia B	10	10	100,00
Unidade Transplantes	21	13	61,90
Totais	119	68	57,14

2.1.1 Caracterização da amostra

A amostra é maioritariamente feminina (92,6%), com idades compreendidas entre os 24 e os 56 anos e uma média de 37,9 anos. A maioria (39,9%) da amostra respondente tinha idade entre os 25 e os 34 anos. Seguiu-se 30,1% com idade entre os 45 e os 56 anos, 28,3% com idade entre os 35 anos e os 44 anos e, por fim, 1,7% tinha idade entre os 18 e os 24 anos.

A maioria dos enfermeiros (79,4%) tem a licenciatura, 7,4% tem mestrado, também 7,4% tem pós-licenciatura, 4,4% tem bacharelato e, por fim, 1,5% tem pós-graduação – Gráfico 1.

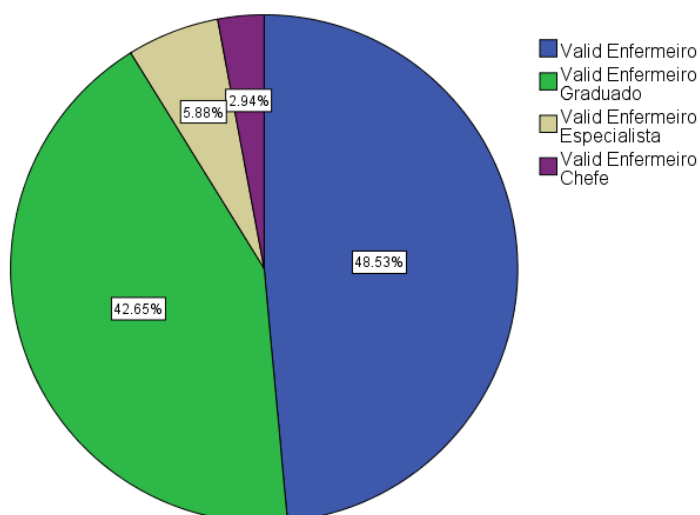
Gráfico 1. Habilitações Acadêmicas



Relativamente aos enfermeiros com pós-licenciatura, cerca de 40% (2) têm a pós-licenciatura na área da Reabilitação, 20% (1) têm na área da Saúde Materna e Obstetrícia e 40% (2) optaram por não identificá-la.

No que se refere à categoria profissional, 48,5% da amostra tem a categoria de enfermeiro, 42,6% a categoria de enfermeiro graduado, 5,9% a de enfermeiro especialista e 2,9% inserem-se na categoria de enfermeiro-chefe – Gráfico 2.

Gráfico 2. Categoria Profissional

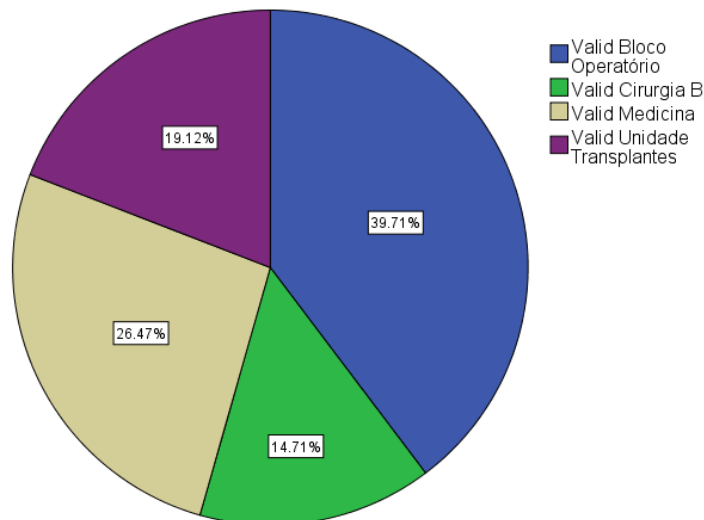


A amostra tem uma média de 15,37 anos de atividade profissional, com um mínimo de 3 anos e um máximo de 36. Relativamente a isto, cerca de 33,3% da amostra tem 6 a 10 anos de experiência profissional, 25,6% tem experiência igual ou superior a 21 anos, 18,2% tem entre 16 e 20 anos de experiência profissional, 16,6% tem entre 11 e 15 e, por fim, cerca de 6% tem

uma experiência de 1 a 5 anos. No que se refere ao tempo de atividade no atual serviço, a amostra tem uma média de 8,7 anos, com um mínimo de 0,02 (cerca de 3 semanas) e um máximo de 23 anos. A maioria (37,8%) tem entre 6 a 10 anos de atividade no atual serviço, seguido por 34,9% com atividade entre 11 e 15 anos. Cerca de 10,5% tem entre 1 e 5 anos de atividade, 10,5% tem há menos de 1 ano, 4,5% tem entre 16 e 20 anos e, por fim, 1,5% tem atividade igual ou superior a 21 anos no serviço atual.

Relativamente à distribuição dos inquiridos pelos serviços seleccionados, cerca de 39,7% exerce funções no Bloco Operatório do HCC, 26,5% na Medicina 1.2 do HSJ, 19,1% na Unidade de Transplantes do HCC e, por fim, cerca de 14,7% na Cirurgia B do mesmo hospital – Gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição dos participantes por serviço



2.1.2. Dimensões do HSOPSC

De forma a se obter a perceção geral de cada dimensão do HSOPSC, seguiu-se as orientações de Sorra & Nieva (2004). Assim, calculou-se a percentagem total de respostas positivas para cada dimensão da CSD, agrupando-se as respostas positivas “concordo/concordo totalmente” e “muitas vezes/sempre”. No caso de questões com sentido contrário, o desacordo indica uma resposta positiva tendo-se, por isso, agrupado as respostas “discordo/discordo totalmente” e “nunca/raramente”. Depois, calculou-se a percentagem positiva para cada dimensão – Tabela 2.

Tabela 3. Dimensões do HSOPSC – Respostas Positivas

DIMENSÕES	Respostas Positivas
Trabalho em equipa (A1, A3, A4, A11)	79,41%
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (A19, A20, A21, A22)	56,82%
Apoio à SD pela gestão (A23, A30, A31)	31,63%
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua (A6, A9, A13)	62,69%
Perceções gerais sobre a segurança do doente (A10, A15, A17, A18)	53,36%
Feedback e comunicação acerca do erro (B1, B3, B5)	54,55%
Abertura na comunicação (B2, B4, B6)	55,50%
Frequência da notificação de eventos (B7, B8, B9)	37,31%
Trabalho entre as unidades (A24, A26, A28, A32)	45,80%
Profissionais (A2, A5, A7, A14)	26,30%
Transições (A25, A27, A29, A33)	57,25%
Resposta não punitiva ao erro (A8, A12, A16)	18,41%

Face aos resultados, considerou-se que respostas positivas inferiores a 50%, são indicadoras de uma dimensão crítica/problemática da CSD, respostas entre os 50% e os 74% revelam a existência de uma dimensão a necessitar de melhorias e, por fim, respostas positivas iguais ou superiores a 75% revelam a existência de uma dimensão muito bom/forte da CSD.

Dimensão “Trabalho de Equipa”

Constatou-se que somente a dimensão do “Trabalho em Equipa” é encarada como um aspeto forte da CSD com cerca de 79,41% de respostas positivas, com os enfermeiros a considerarem que existe entreaajuda (92,65%) (A1), cooperação face ao excesso de trabalho (85,29%) (A3), respeito (80,88%) (A4) e algum apoio entre as diferentes áreas (58,82%) (A11).

No que se refere às restantes dimensões, verificou-se que 6 delas estão a necessitar de melhorias, nomeadamente: “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Perceções Gerais sobre SD”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Abertura na comunicação” e “Transições”.

Dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança”

A dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança” (com 56,82%) necessita de melhorias, particularmente ao nível do desempenho do superior hierárquico quanto à pressão que este exerce sobre os profissionais (46,97%) (A21) e quanto à forma como congratula o bom desempenho (48,48%) (A19) e as sugestões dos profissionais (59,09%) (A20). Apesar disto, os enfermeiros consideram que o seu superior hierárquico dá atenção aos problemas de SD que ocorrem continuamente (72,73%) (A22).

Dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”

Também a “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” com 62,69% de respostas positivas, deve ser um aspeto da CSD a investir/melhorar, na medida em que muito poucos enfermeiros consideram que os erros conduzem a mudanças positivas (46,27%) (A9) e que só alguns consideram que se avalia a eficácia dessas alterações (66,67%) (A13). Ainda assim, os enfermeiros consideram que estão a trabalhar ativamente para uma melhoria da SD (75,00%) (A6), revelando-se como um indicador forte.

Dimensão “Perceções Gerais sobre SD”

Relativamente às “Perceções Gerais sobre SD” (53,36%), os resultados mostraram que é necessário melhorias ao nível da eficácia dos procedimentos e sistemas na prevenção dos erros (54,55%) (A18). Paralelamente, os enfermeiros consideram que existem problemas com a SD (52,24%) (A17), na medida em que esta é sacrificada aquando de maior trabalho (52,24%) (A15) e só por sorte é que não ocorrem mais erros (54,55%) (A10).

Dimensão “Feedback e comunicação acerca do erro”

A dimensão relativa ao “Feedback e comunicação acerca do erro” apresentou 54,55% de respostas positivas, o que permite afirmar que é necessário melhorar este aspeto da CSD, principalmente no que diz respeito à transmissão de informação acerca das mudanças efetuadas (41,54%) (B1) e acerca dos erros que ocorrem no serviço (54,55%) (B3). Os

enfermeiros consideram, ainda, que é necessário melhorar a discussão sobre formas de prevenir os erros (67,16%) (B5).

Dimensão “Abertura na comunicação”

Além do supracitado, os enfermeiros consideram que a “Abertura na comunicação” é um aspeto da CSD a melhorar (55,50%). Dentro desta dimensão, verificou-se que os profissionais não se sentem à vontade para questionar as decisões dos superiores hierárquicos, revelando-se como um indicador crítico (40,30%) (B4). Para além disto, os profissionais consideram que existe medo em colocar questões, quando algo não parece correto (54,55%) (B6). Apesar disto, os profissionais consideram que falam livremente quando algo afeta de negativamente o doente (71,64%) (B2).

Dimensão “Transições”

Por outro lado, o aspeto das “Transições é algo que carece de melhorias (57,25%), pois os profissionais revelam a necessidade de tornar as mudanças de turno menos problemáticas para o doente (51,52%) (A33), evitando-se a perda de informação importante (61,54%) (A27), Consideram, pois, que é importante melhorar e minimizar os problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços (56,92%) (A29), evitando também a perda de informação durante as transferências de serviço (59,09%) (A25).

Não obstante o referido, 5 dimensões revelam-se problemáticas/críticas: “Apoio à SD pela gestão”, “Frequência da notificação de eventos”, “Trabalho entre as unidades”, “Profissionais” e “Resposta não punitiva ao erro”.

Dimensão “Apoio à SD pela Gestão”

Os profissionais encaram o “Apoio à SD pela gestão” como um aspeto crítico (31,63%), considerando que a direção do hospital não se preocupa com um ambiente de trabalho promotor da SD (30,30% de respostas positivas) (A23) e que a SD não é uma das suas prioridades (43,08%) (A30). Efetivamente, os enfermeiros consideram que a direção do hospital apenas parece interessada na SD, aquando de alguma adversidade (21,54%) (A31).

Dimensão “Frequência da notificação de eventos”

Também a “Frequência da notificação de eventos” apresentou 37,31% de respostas positivas, levando a concluir que os enfermeiros consideram-na como um aspeto problemático da SD. De facto, a frequência de notificações de eventos corrigidos antes de afetar o doente (35,82%) (B7), de eventos sem perigo potencial para o doente (35,82%) (B8) e de eventos que poderiam causar dano ao doente mas que isso não acontece (40,30%) (B9), revelaram-se bastante críticos.

Dimensão “Trabalho entre as unidades”

No que se refere ao “Trabalho entre as unidades”, os profissionais encaram-no também como problemático com cerca de 45,80% de respostas positivas. Isto deve-se essencialmente, ao facto, dos enfermeiros encararem a coordenação de serviços (A24), a colaboração entre os mesmos (A26) e o funcionamento conjunto como indicadores problemáticos (A32) (27,27%, 46,15% e 48,48%, respetivamente). Também, quando questionados sobre se é desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços (A28), os enfermeiros consideram que ainda é necessário melhorias a este nível (61,54%).

Dimensão “Profissionais”

No que concerne à dimensão dos “Profissionais”, esta revelou-se como uma das mais problemáticas (26,30%). Os enfermeiros consideram que não existem meios humanos para corresponder ao exigido (somente 35,29% de respostas positivas) (A2), que estes trabalham mais horas do que o desejável (13,43%) (A5), trabalhando em “modo crise” (20,90%) (A14). Simultaneamente, são da opinião de que existem mais trabalhadores temporários do que o desejável (35,29%) (A7).

Dimensão “Resposta não punitiva ao erro”

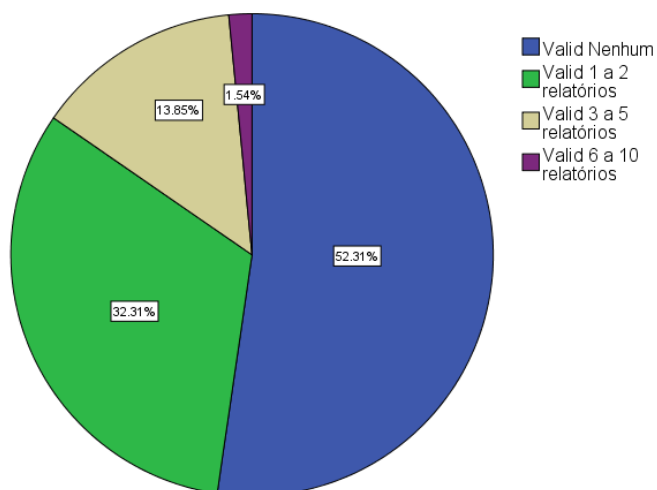
Por fim, a dimensão da “Resposta não punitiva ao erro” revelou-se como a dimensão mais crítica de todas, com apenas 18,41% de respostas positivas. Para os profissionais, aquando de um evento, sentem que eles é que são o alvo de atenção ao invés do problema em si (26,87%

de respostas positivas) (A12), considerando que os erros são utilizados contra eles (19,40%) (A8). Por fim, os profissionais preocupam-se com o facto dos erros cometidos serem registados nos seus processos pessoais, apresentando a mais baixa percentagem de respostas positivas (8,96%) (A16).

2.1.3. Número de eventos e ocorrências notificadas

Quando questionados sobre a quantidade de relatórios de eventos/ocorrências que preencheram e entregaram, nos últimos 12 meses, cerca de 52,3% dos enfermeiros afirma que não preencheu nenhum. Aproximadamente 32,3% afirma que preencheu 1 a 2 relatórios, 13,8% defende que entregou 3 a 5 e 1,5% declara que preencheu 6 a 10 relatórios – Gráfico 4.

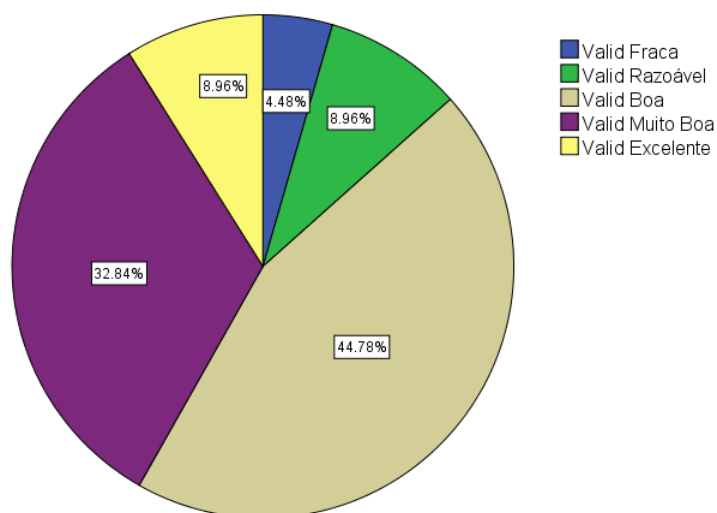
Gráfico 4. Nº de relatórios de eventos preenchidos no último ano



2.1.4. Avaliação global da SD do serviço

A avaliação que os enfermeiros fizeram da SD dos próprios serviços variou entre “fraca” e “excelente”. Cerca de 4,5% dos enfermeiros consideram que a SD é “fraca” e cerca de 9,0% consideram-na “razoável”. Ainda assim, 44,8% defendem que a SD é “boa”, 32,8% que é “muito boa” e 9,0% que é “excelente” – Gráfico 5.

Gráfico 5. Avaliação do Grau da Segurança do Doente



2.1.5. Comentários dos Participantes

Foi ainda dada a oportunidade dos participantes de fazerem um comentário sobre a SD, dos quais cerca de 5 participantes (7,35%) fê-lo. Tal como Sorra & Nieva (2004) sugerem, os comentários foram codificados em comentários positivos (onde os profissionais abordam os esforços dos seus serviços) e em comentários negativos (onde são abordados aspetos que os profissionais consideram que têm que ser aprimorados).

Assim, 1 comentário revelou-se positivo, focando o esforço para nunca se colocar o doente em risco, estando ele sobre a proteção e orientação do enfermeiro. Os restantes revelaram-se negativos e debruçaram-se essencialmente sobre as necessidades sentidas pelos participantes, nomeadamente:

1. Existência de um sistema de verificação/confirmação do doente e validação do medicamento,
2. Existência de informação escrita sobre cuidados e medidas de proteção a adotar,
3. Necessidade de dotações seguras,
4. Existência de infraestruturas mais adequadas (pois as atuais colocam em causa a segurança do doente).

2.2. Análise e Discussão dos Resultados

A amostra revelou-se maioritariamente feminina, o que é expectável face à tradicional predominância feminina na profissão, indo ao encontro dos vários estudos realizados (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011). A maioria dos inquiridos tinha idade compreendida entre os 25 e os 34 anos (39,9%), algo verificado também no estudo de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012). Por sua vez, a idade média (37,9 anos) revelou-se relativamente próxima da dos participantes do estudo de Chen & Li (2010) (35 anos).

Também a maioria dos participantes (33,3%) tem 6 a 10 anos de experiência profissional, contrariando assim os resultados de Hamdan & Saleem (2013, cuja maioria tem uma experiência profissional de 1 a 5 anos. Já no que se refere ao exercício no atual serviço, a maioria (37,8%) tem entre 6 a 10 anos de atividade, contrariando os resultados de Nie, et al. (2013), em que a maioria tinha entre 1 a 5 anos de atividade no atual serviço/departamento. Para além disto, aliado aos 37,8%, cerca de 34,9% dos participantes tinha entre 11 e 15 anos de atividade no serviço atual, o que é revelador de conhecimento sobre a instituição e sobre o serviço, sendo útil ao estudo e avaliação da CSD (Fernandes & Queirós, 2011).

Além da caracterização da amostra, torna-se importante analisar os resultados das dimensões do HSOPSC. A dimensão do trabalho em equipa revelou-se um aspeto forte da CSD (79,41%), estando congruente com vários estudos realizados, cujas percentagens variam entre os 71% e os 94% (Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Ainda assim, contraria os resultados do estudo de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) que apresenta esta dimensão com cerca de 58,1%.

A dimensão relativa à aprendizagem organizacional apresentou 62,69% de respostas positivas, o que indica a necessidade de melhorar a este nível. Este resultado corrobora os resultados de Hamdan & Saleem (2013), da Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011) e de Fernandes & Queirós (2011), mas contraria os de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) – que apresentam esta dimensão como forte - e os de Bodur & Filiz (2010) – cuja dimensão é revelada como crítica.

A dimensão referente às transições revelou-se como um fator da CSD a precisar de melhorias (57,25%) suportando os resultados de somente 2 estudos (Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Bodur & Filiz, 2010). A maioria dos achados bibliográficos retrata esta dimensão como um aspeto crítico da CSD, afastando-se assim dos resultados obtidos (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010).

Também a dimensão que foca as expectativas do supervisor e as ações promotoras da segurança apresentou-se como um aspeto a necessitar de melhorias (56,82%), o que comprova os achados da Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), de Fernandes & Queirós (2011), de Hamdan & Saleem (2013) e de Nie, et al. (2013) – resultados da China - e Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) - resultados da Tailândia. Todavia, opõe-se aos resultados críticos de Bodur & Filiz (2010) e de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) e aos fortes de Chen & Li (2010), aos da China de Nie, et al. (2013) e aos dos EUA de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013).

Relativamente ao resultado da abertura na comunicação, este é indicador da necessidade de melhorias (55,5%), o que vai ao encontro aos resultados da maioria dos estudos (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Apesar disto, este resultado contraria os de Hamdan & Saleem (2013) e de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012).

Relativamente ao feedback e comunicação acerca do erro, esta revelou-se como um fator a precisar de melhorar (54,55%), tal como é suportado pela maioria da literatura (Nie, et al., 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Ainda assim, 3 estudos contrariam este resultado, apresentando esta dimensão como crítica (Hamdan & Saleem, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010).

A dimensão referente às perceções gerais sobre SD revelou-se como uma aspeto a necessitar de melhorar (53,36%), corroborando grande parte dos achados bibliográficos (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010). Contudo, o resultado obtido opõe-se aos estudos de Hamdan &

Saleem (2013) e de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) que apresentam esta dimensão como um aspeto crítico da SD.

O trabalho entre unidades revelou-se como um aspeto crítico (45,80%), corroborando os resultados relativos à Holanda de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013), os resultados de Hamdan & Saleem (2013), Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) e de Bodur & Filiz (2010). Assim, o resultado desta dimensão contraria grande parte dos estudos, que apenas a consideram como um aspeto a necessitar de melhorias (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010).

Os enfermeiros revelaram-se também críticos face à frequência da notificação de eventos (37,31%), atendendo assim à tendência dos achados (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010). Este resultado contraria, assim, os resultados dos EUA de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013), os de Chen & Li (2010) e os de El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan (2010), que se opõem à maioria da literatura.

O Apoio à SD por parte da gestão foi encarado como um aspeto crítico (31,63%), indo assim ao encontro dos resultados da Holanda do estudo de Wagner, Smits, Sorra, & Huang, (2013), de Hamdan & Saleem (2013), de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012), da Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011) e de Fernandes & Queirós (2011). Ainda assim, este resultado contraria os da Tailândia e dos EUA de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013), os de Nie, et al. (2013) e os de Chen & Li (2010) - que encaram este aspeto como um fator a necessitar de melhoria – e contraria também os de El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan (2010)- que o encaram como um fator forte da CSD.

Também a dimensão dos profissionais foi considerado como algo crítico (26,30%), algo suportado pela maioria dos autores (Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Porém, este resultado é principalmente contrariado por Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) que, em 2 dos 3

países estudados (Holanda e EUA), este aspeto foi considerado como algo a necessitar de melhorar.

Por fim, a dimensão mais crítica foi a resposta não punitiva ao erro (18,41%). Este resultado é fortemente apoiado pelos achados bibliográficos (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Somente os resultados de Nie, et al. (2013) (referente à China) e os de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) (relativos à Holanda) consideram a resposta ao erro como uma dimensão a necessitar de melhorias.

Tendo em conta o supracitado, percebeu-se que os enfermeiros encaram a SD como boa, destacando porém fatores críticos e fatores a necessitar de melhoria. Efetivamente, os enfermeiros consideram que é necessário efetivar melhorias ao nível das seguintes dimensões:

1. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD;
2. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua;
3. Perceções Gerais sobre SD;
4. Feedback e Comunicação acerca do erro;
5. Abertura na Comunicação;
6. Transições.

Para além das anteriores, é necessário intervir nas dimensões com as quais os enfermeiros revelaram-se críticos, nomeadamente:

1. Apoio à SD pela gestão;
2. Frequência da notificação de erros;
3. Trabalho entre as unidades;
4. Profissionais;
5. Resposta não punitiva ao erro.

Por fim, é possível constatar que a gestão tem um papel preponderante na CSD e na organização dos cuidados de enfermagem. Isto é visível principalmente nas dimensões “Apoio à SD pela gestão” e das “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD”, que se revelaram menos positivas. Desta forma, cabe aos enfermeiros-gestores procurar proporcionar ambientes promotores da qualidade em saúde, o que pode ser conseguido através do investimento no trabalho de equipa. Tal como em outros estudos, o facto deste aspeto se ter revelado forte, revela a existência de uma predisposição humana e profissional para

melhorar o ambiente de cuidados, podendo isto ser explorado pelos processos de gestão do risco e de melhoria contínua da qualidade (Fernandes & Queirós, 2011).

3. CONCLUSÕES

A abordagem das questões da qualidade em saúde e da segurança do doente tem-se tornado crucial, uma vez que os cuidados de saúde têm-se dotado de uma maior diferenciação, e tem-se revelado progressivamente uma atividade complexa (Fragata, 2011). Por isto mesmo, dever-se-ia encarar a qualidade como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados desejáveis, através da prestação de cuidados seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos (Intitute of Medicine, 2001).

Face ao referido, é essencial que as questões da qualidade e da cultura de segurança do doente sejam estudadas e trabalhadas, particularmente na área da gestão em enfermagem. Nesta ótica, realizou-se a presente dissertação, que incidiu principalmente sobre a prevenção de complicações e sobre a organização dos cuidados, dois dos seis enunciados dos Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002 - revisão em 2012).

Da aplicação dos questionários, foi possível avaliar a perceção que os enfermeiros têm sobre a CSD dos seus serviços/instituição. Assim, os participantes percecionaram a CSD como boa, evidenciando todavia aspetos críticos e aspetos a necessitar de melhoria. De facto, os enfermeiros revelaram-se críticos perante 5 dimensões, as quais necessitam urgentemente de mudança:

1. Apoio à SD pela gestão;
2. Frequência da notificação de erros;
3. Trabalho entre as unidades;
4. Profissionais;
5. Resposta não punitiva ao erro.

Para além destas, os enfermeiros identificaram 6 outras áreas a necessitar de melhorias:

1. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD;
2. Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua;
3. Perceções Gerais sobre SD;
4. Feedback e Comunicação acerca do erro;
5. Abertura na Comunicação;
6. Transições.

Ainda assim, é de destacar que a dimensão do trabalho em equipa revelou-se como o único fator forte da CSD do Centro Hospitalar, o que é revelador da existência de uma tendência interpessoal e profissional para melhorar o ambiente de cuidados. Para a área da **gestão em**

enfermagem, este resultado representa uma oportunidade de atuação, pois esta tendência pode ser aproveitada pelos processos de gestão do risco e de melhoria contínua da qualidade (Fernandes & Queirós, 2011). Analisando este resultado à luz do comportamento organizacional compreende-se que, no que se refere aos processos de grupo, os indivíduos reorganizam-se, trabalhando em equipa. Isto é resultado do clima organizacional presente na instituição. Segundo Luz (2003), a cultura e o clima organizacional de uma instituição possuem uma relação de causalidade, na medida em que a primeira é a causa e a segunda é a consequência (Lima, Silva, & Horostecki, 2011). Na mesma ótica, Johann (2004) defende que o clima organizacional é o resultado de diversas variáveis, entre os quais a segurança no trabalho e o relacionamento interpessoal (Lima, Silva, & Horostecki, 2011). Neste caso, o clima organizacional é caracterizado pelos fortes relacionamentos interpessoais.

Paralelamente, os resultados obtidos revelaram a necessidade de intervenção por parte da **liderança em enfermagem** (enfermeiros-líderes), uma vez que esta deve ser encarada como um instrumento importante à implementação de mudanças, que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem (Santos, Lima, Pestana, Garlet, & L., 2013). De facto, uma das dimensões que mais facilmente avalia a atuação da gestão - “Apoio à SD pela gestão” – foi uma das dimensões com a mais baixa percentagem de respostas positivas. Isto denuncia a insatisfação que os enfermeiros sentem em relação ao apoio e ao papel da gestão em enfermagem. Por esta razão, os enfermeiros-líderes devem aproveitar a oportunidade, procurando tornar a SD uma das suas prioridades e apoiando os seus colaboradores na promoção da mesma, o que é possível através da implementação de estratégias e de **políticas de saúde** ao nível institucional (e ao nível do próprio serviço). Isto faz sentido quando é tido em conta que a liderança em enfermagem está positivamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e que o enfermeiro-chefe/gestor é decisivo para o funcionamento eficaz da organização, podendo ser motivador da sua equipa (Fradique & Mendes, 2013).

Além do supracitado, os dados revelaram a existência de uma cultura punitiva perante o erro, desencorajando os enfermeiros a reportarem os erros, conduzindo à subnotificação e, por fim, à falha na identificação das origens dos problemas. Por isto mesmo, promover uma cultura onde a SD seja levada a sério - onde não haja receio de discutir e refletir sobre o erro - é uma responsabilidade fundamental da liderança em enfermagem. Assim, cabe aos enfermeiros-gestores destes serviços trabalharem na construção de uma CSD onde seja

incentivado o reporte e o feedback acerca do erro, algo que é essencial para a redução do número de eventos adversos (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Adicionalmente, o resultado crítico da dimensão “Trabalho entre as unidades” e o menos positivo da dimensão “Transições” poderão ser indicadores da existência de falhas ao nível da comunicação. Tal poderá ser prejudicial para o doente, dificultando **prestação de cuidados de enfermagem** e comprometendo a SD. É, assim, essencial que os problemas comunicacionais e interpessoais sejam minimizados, para que não haja perda de informação sobre o doente e para que seja possível prestarem-se os melhores cuidados ao doente.

Finalmente, os resultados deste estudo levantam outras questões, a investigar *a posteriori*. De facto, seria interessante aprofundar a causa dos problemas ao nível das transições, bem como a influência que a perda de informação pode ter na prestação de cuidados e, em último caso, na qualidade e na segurança dos cuidados. A **investigação em enfermagem** poderia, ainda, debruçar-se sobre o impacto que a (des)motivação pode ter na segurança do doente.

Comparando, ainda, os resultados obtidos com os dos estudos oriundos da revisão sistemática da literatura verificaram-se alguns pontos concordantes. O resultado forte obtido pela dimensão do “Trabalho em Equipa” foi ao encontro da tendência internacional (Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). Também a dimensão da “Aprendizagem Organizacional” apresentou resultados semelhantes à maioria dos estudos (Hamdan & Saleem, 2013; Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011), ainda que se distancie de 2 estudos (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Bodur & Filiz, 2010).

Por outro lado, a dimensão das “Transições” contraria a maioria dos achados bibliográficos, que retratam-na como uma dimensão crítica da CSD (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010).

Já a dimensão relativa às “Expectativas do supervisor e ações promotoras da SD” comprovou os resultados de 5 estudos, nomeadamente da Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), de Fernandes & Queirós (2011), de Hamdan & Saleem (2013) e de Nie, et al. (2013) – resultados da China - e Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) - resultados da Tailândia. Ainda assim, acabou por contrariar

os resultados de 4 outros estudos (Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Chen & Li, 2010; Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013).

Por sua vez, a dimensão da “Abertura na Comunicação” foi ao encontro da maioria dos achados bibliográficos (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010). O mesmo aconteceu com a dimensão do “Feedback e Comunicação acerca do erro” (Nie, et al., 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010) e com a dimensão relativa às “Percepções Gerais sobre SD” (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010).

O resultado relativo ao “Trabalho entre Unidades” corroborou os dados da Holanda de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013), os resultados de Hamdan & Saleem (2013), Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) e os de Bodur & Filiz (2010). Porém, também contrariou grande parte dos estudos, que apenas a consideram como um aspeto a necessitar de melhorias (Nie, et al., 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010).

Outro aspecto que foi ao encontro da tendência dos achados foi a atitude crítica face à frequência da notificação de eventos (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010).

No que concerne à dimensão do “Apoio à SD por parte da gestão”, o seu resultado comprovou os da Holanda do estudo de Wagner, Smits, Sorra, & Huang, (2013), de Hamdan & Saleem (2013), de Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012), da Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011) e de Fernandes & Queirós (2011). Contudo, tal não impediu que o resultado em causa contrariasse os da Tailândia e dos EUA de Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013), os de Nie, et al. (2013) e os de Chen & Li (2010) e os de El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan (2010).

Por fim, o resultado da dimensão dos “Profissionais” foi suportado pela maioria dos autores (Hamdan & Saleem, 2013; Nie, et al., 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010), assim como o resultado da dimensão da “Resposta não punitiva ao erro” (Hamdan & Saleem, 2013; Wagner, Smits, Sorra, & Huang, 2013; Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif, 2012; Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Bodur & Filiz, 2010; Chen & Li, 2010; El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan, 2010).

Perante o supracitado, é possível concluir que existem pontos sobreponíveis, que retratam problemas e falhas ao nível da SD, de âmbito nacional mas também mundial, devendo a SD passar a ser encarada como uma problemática global. Ainda assim, as dissemelhanças presentes em alguns resultados são indicadoras da singularidade de cada contexto, o que permite concluir que a singularidade de cada contexto deve ser tida em conta, aquando da avaliação da CSD.

Não obstante o referido, faz sentido identificar as limitações do presente estudo. Dado só ter sido possível a distribuição dos questionários por 4 serviços (e só se terem obtido 68 participantes) é possível que os dados obtidos não sejam totalmente representativos da população-alvo de todo o Centro Hospitalar. Por isto mesmo, identifica-se a necessidade de se desenvolver um estudo sobre a CSD que consiga englobar grande parte dos serviços do Centro Hospitalar.

Por fim, é possível afirmar que os objetivos delineados foram todos concretizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboul-Fotouh, A., Ismail, N., Ez Elarab, H., & Wassif, G. (2012). Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), pp. 372-377.
- Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*, 10(28), pp. 1-9.
- Chen, I.-C., & Li, H.-H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10(152), pp. 1-10.
- Deilkas, E., & Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(28), pp. 1-5.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 2ª Série, N°28(10-02-2015), 3882 (2) - 3882 (10).
- Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. (2009). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República 2ª Série, N°120(24-06-2009), 24667-24669.
- Diniz, A., Escoval, A., Costa, A. C., Eiras, M., Fernandes, A., Bruno, P., & Gaspar, M. J. (2011). *Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses*. Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses. Resultados do Estudo Piloto*. DGS, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. (2013). Norma nº 025/2013. 2013/12/24. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Acessível na Direção-Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

- El-Jardali, F., Jaafar, M., Dimassi, H., Jamal, D., & Hamdan, R. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), pp. 386-395.
- Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (Julho de 2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(4), pp. 37-48.
- Fradique, M. d., & Mendes, L. (Julho de 2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, III*(10), pp. 45-53.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma abordagem prática*. Lousã: Lidel.
- Hamdan, M., & Saleem, A. A. (2013). Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), pp. 167-175.
- Haycock-Stuart, E., & Kean, S. (2012). Does nursing leadership affect the quality of care in the community setting? *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 372–381.
- Hospital Survey on Patient Safety Culture*. (June de 2012). Obtido em 25 de Maio de 2014, de Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscfac.html#Q2>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington DC.
- Kangasniemi, M., Vaismoradi, M., Jasper, M., & Turunem, H. (2013). Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management. *Nursing Ethics*, 20(8), pp. 904-916.
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. M., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14249.
- Lee, W.-C., Wung, H.-Y., Liao, H.-H., Lo, C.-M., Chang, F.-L., Wang, P.-C., . . . Hou, S.-M. (2010). Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research*, 10(234), pp. 1-8.
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. (1990). Decreta a Lei das Bases da Saúde. Diário da República I Série, Nº 195(24-08-1990), 3452-3459.

- Lima, L., Silva, L. E., & Horostecki, M. F. (2011). Cultura Organizacional. VIII Simpósio de Excelência em Gestão em Tecnologia.
- Martin, C. J. (2015). The Effects of Nurse Staffing on Quality of Care. *MEDSURG Nursing*, 24(2), pp. 4-6.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Completa*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *Health Services Research*, 13(228), pp. 1-11.
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. (C. Ferraz, & G. Couto, Trans.) Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2002 - revisão em 2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março. (2015). Regulamenta o Perfil de Competência do Enfermeiro Gestor. *Diário da República 2ª Série*, N.º 48(10-03-2015), 5948-5952.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Lisboa: Legis Editora/Livpsic.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Santos, J. L., Lima, M. A., Pestana, A. L., Garlet, E. R., & L., E. A. (Fevereiro de 2013). Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 26(2), pp. 136-143.
- Silva, S. A., Costa, P. M., Costa, R., Tavares, M., Leite, E. S., & Passos, A. M. (2013). Meanings of quality of care: Perspectives of Portuguese health professionals and patients. *British Journal of Health Psychology*, 18, pp. 858-873.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. South Australia: The Joannatute Briggs Institute.
- Vaismoradi, M., Bondas, T., Salsali, M., Jasper, M., & Turunen, H. (2014). Facilitating safe care: a qualitative study of Iranian nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 22, pp. 106-116.

- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), pp. 213-221.
- White, P., McGillis Hall, L., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes. In D. M. Doran, *Nursing Outcomes: the state of the science* (2nd edition ed., pp. 241-284). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Williams, M., & Reid, J. (April de 2009). Patient Safety: leading improvement. *Nursing Management*, 15(1), pp. 30-34.
- Zwart, D. L., Langelaan, M., Vooren, R. C., Kuyvenhoven, M. M., Kalkman, C. J., Verheij, T. J., & Wagner, C. (2011). Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*, 12(117), pp. 1-7.

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração para aplicação do questionário



SARA VARÃO <svarao@campus.esel.pt>

Autorização de estudos

2 mensagens

Secretariado CA Margarida Pinto <sec.ca.mp@chlc.min-saude.pt>
Para: "svarao@campus.esel.pt" <svarao@campus.esel.pt>

24 de abril de 2015 às 12:28

Exmª Senhora

Enfª Sara Varão

Em resposta ao pedido dos estudos com os temas *"atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional em enfermagem - impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e em resultados em saúde"* e *"A cultura de segurança do doente em contexto de internamento: hospitalar e em cuidados continuados integrados"* informa-se que estão autorizadas as aplicações dos questionários nos serviços de cirurgia dos Hospitais de S. José, Santos António dos Capuchos e Curry Cabral de acordo com a informação do Senhor Enfº Coordenador Rui Leal. Quanto à área da Medicina poderá articular-se com a Senhora Enfª Coordenadora Armandina Antunes.

Se necessitar de mais algum esclarecimento estarei ao dispor.

Com os melhores cumprimentos

Margarida Pinto

Secretariado do Conselho de Administração



Rua José António Serrano

1150-199 Lisboa

Telefone: 21 884 13 11/Fax: 21 884 10 23



A cuidar dos portugueses

Antes de se dirigir à Urgência ligue para a Saúde 24 - 808 24 24 24

SAÚDE 24

808 24 24 24

O número que o liga à saúde.

Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados

Questionário sobre a Segurança do doente em contexto hospitalar

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.

A. Considerando a sua opinião, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não sabe/Não se aplica

1. Neste Serviço os profissionais entreadjudam-se.	1	2	3	4	5	6
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.	1	2	3	4	5	6
3. Quando é necessário efectuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer.	1	2	3	4	5	6
4. Neste Serviço as pessoas tratam-se com respeito.	1	2	3	4	5	6
5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6
6. Estamos a trabalhar activamente para uma melhoria da segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.	1	2	3	4	5	6
8. Os profissionais sentem que os erros são utilizados contra eles.	1	2	3	4	5	6
9. Aqui, os erros conduzem as mudanças positivas.	1	2	3	4	5	6
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço.	1	2	3	4	5	6
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.	1	2	3	4	5	6
12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.	1	2	3	4	5	6
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
14. Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa.	1	2	3	4	5	6
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.	1	2	3	4	5	6
16. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.	1	2	3	4	5	6
17. Neste Serviço temos problemas com a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.	1	2	3	4	5	6
19. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.	1	2	3	4	5	6
20. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
21. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que signifique usar atalhos.	1	2	3	4	5	6
22. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.	1	2	3	4	5	6
23. A Direcção do Hospital preocupa-se com um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.	1	2	3	4	5	6
24. Os Serviços do Hospital coordenam-se bem uns com os outros.	1	2	3	4	5	6
25. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço	1	2	3	4	5	6

para outro.						
26. Existe boa colaboração entre os Serviços que necessitam de trabalhar conjuntamente.	1	2	3	4	5	6
27. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudança de turno.	1	2	3	4	5	6
28. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços do Hospital.	1	2	3	4	5	6
29. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços.	1	2	3	4	5	6
30. As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.	1	2	3	4	5	6
31. A Direcção do Hospital parece interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.	1	2	3	4	5	6
32. Os serviços funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.	1	2	3	4	5	6
33. As mudanças de turno são problemáticas para o doente.	1	2	3	4	5	6

B. Considerando a sua opinião, assinale com uma cruz (X) o grau de frequência que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Indeciso	Muitas vezes	Sempre	Não sabe/Não se aplica

1.É-nos fornecida informação acerca das mudanças efectuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.	1	2	3	4	5	6
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afecta negativamente os cuidados para com o doente.	1	2	3	4	5	6
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço.	1	2	3	4	5	6
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e acções dos superiores hierárquicos.	1	2	3	4	5	6
5. Neste Serviço discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer.	1	2	3	4	5	6
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	1	2	3	4	5	6
7. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6
8. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6
9. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	1	2	3	4	5	6

C. Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos/ocorrências preencheu e entregou?

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

D. Por favor, atribua a este Serviço uma avaliação global quanto à segurança do doente.

Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

E – Caracterização Geral

1. **Género:** Feminino ☐ Masculino ☐

2. **Idade:** _____

3. **Habilitações académicas:**

Bacharelato ☐

Pós-Licenciatura ☐

Licenciatura ☐

Pós-Graduação ☐

Mestrado ☐

Outra ☐

Qual? _____

4. **Categoria Profissional:**

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Chefe ☐

Enfermeiro Graduado..... ☐

Enfermeiro Supervisor ☐

Enfermeiro Especialista ☐

Enfermeiro Diretor ☐

Especialidade _____

5. Tempo de actividade profissional: _____

6. Tempo de actividade profissional no actual serviço: _____

7. Actual serviço: _____

8. Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente:

Anexo 3 – Quadro de Dimensões do Instrumento de Colheita de Dados

Item	Dimensão
Trabalho em equipa	
A1	Neste serviço, os profissionais entreadjudam-se.
A3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa, para o conseguir fazer.
A4	Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito.
A11	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	
A19	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.
A20	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.
A21	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos.
A22	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente.
Apoio à segurança do doente pela gestão	
A23	A Direção do Hospital preocupa-se com um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.
A30	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.
A31	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade.
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	
A6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente.
A9	Aqui, os erros conduzem mudanças positivas.
A13	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente.
Perceções gerais sobre a segurança do doente	
A10	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço.
A15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho.
A17	Neste serviço, temos problemas com a segurança do doente

A18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.
Feedback e Comunicação acerca do erro	
B1	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, baseadas nos relatórios de eventos/ocorrências.
B3	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço.
B5	Neste serviço discutimos sobre formas de preveniros erros para que não voltem a acontecer.
Abertura na comunicação	
B2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.
B4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos.
B6	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.
Frequência da notificação de eventos	
B7	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?
B8	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é reportado?
B9	Quando um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é reportado?
Trabalho entre as unidades	
A24	Os serviços do Hospital não se coordenam muito bem uns com os outros.
A26	Existe boa colaboração entre os serviços do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente.
A28	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços do Hospital.
A32	Os serviços funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.
Profissionais	
A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.
A5	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação

	de cuidados.
A7	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.
A14	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa.
Transições	
A25	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço para outro.
A27	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.
A29	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços.
A33	As mudanças de turno são problemáticas para o doente.
Resposta ao erro não punitiva	
A8	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.
A12	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.
A16	Os profissionais preocupam-se se os erros que comentem são registados no seu processo pessoal.

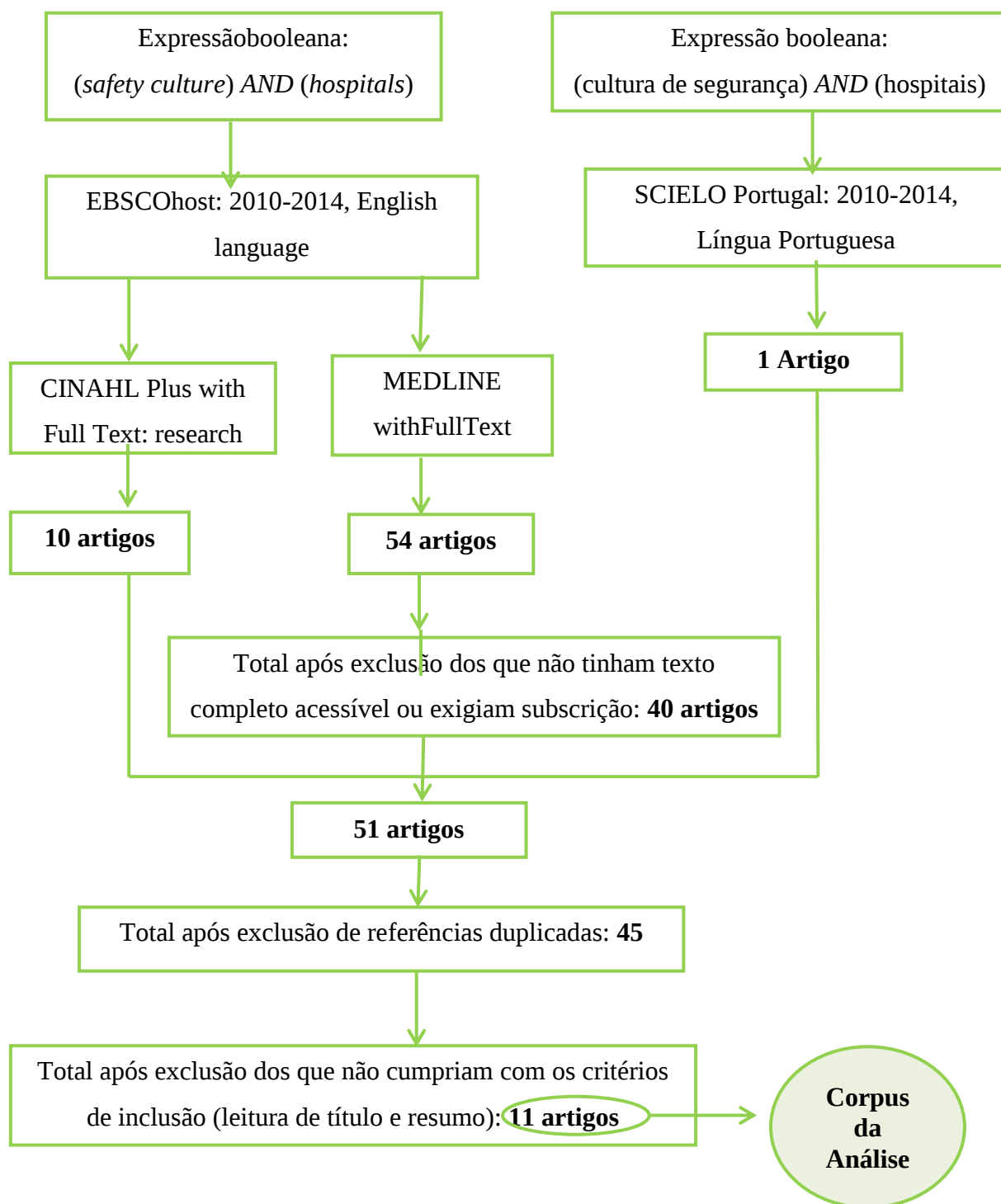
Adaptado de: Direção-Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2011), Sorra & Nieva (2004).

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma

[illegible]

**Apêndice 2 – Fluxograma: Identificação do Corpus de Análise da Revisão Sistemática
da Literatura**



Apêndice 3 – Artigo a submeter a publicação em revista científica

Título do manuscrito: Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar: uma revisão sistemática de literatura

Autores:

- 1 SARA TAVARES VARÃO, RN;
- 2 MARIA FILOMENA MENDES GASPAR, PhD, MSc; RN;
- 3 PEDRO BERNARDES LUCAS, PhD, MSc; MScN; RN;

Autor Afiliação:

- 1 Enfermeira da Unidade Cuidados Continuados Integrados Sagrada Família, Lisboa, Portugal; mestranda do Curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- 2 Professora Coordenadora do Departamento de Administração em Enfermagem e Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- 3 Professor Adjunto do Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

The authors declare no conflicts of interest

Correspondência: morada/email.

RESUMO

Introdução: A avaliação da cultura de segurança do doente (CSD) promove a qualidade dos cuidados, devendo tornar-se uma prioridade.

Objetivo: Sintetizar a evidência sobre a perceção dos profissionais de saúde face à CSD em hospital.

Pergunta de pesquisa/critérios de inclusão: “Qual é a perceção dos profissionais de saúde sobre a CSD em contexto hospitalar?”. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: profissionais de saúde, avaliação da perceção da CSD, resultados obtidos em contexto hospitalar, investigação quantitativa ou qualitativa, durante 2010/2014 e em inglês/português.

Estratégia de pesquisa: Definiu-se como expressão booleana - *Safety culture AND Hospitals*. Em junho de 2014, de 51 artigos obtidos nas bases de dados, incluíram-se 11.

Resultados: Continuam a existir culturas de ocultação do erro, divergindo a perceção geral sobre CSD.

Conclusões: A continuação da avaliação da CSD deve atender às diferenças culturais existentes. Salientam-se poucas publicações em Portugal.

PALAVRAS-CHAVE: cultura de segurança do doente/segurança, hospital, profissional de saúde.

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados pode ser dividida em 6 dimensões: segurança, eficácia, cuidados centrados na pessoa, oportunidade, eficiência e equidade. Desta forma, a qualidade passa pelos doentes não serem lesionados, quer pelos cuidados que lhes são prestados, quer pelos profissionais que é suposto ajudá-los. Perante isto, a segurança do doente é definida como a liberdade para ocorrerem lesões acidentais (1). De acordo com Reason (1990), apesar de nem todos os erros causarem prejuízo, uma lesão acidental pode resultar de um erro, de um fracasso ou do uso incorreto de uma ação planeada. No caso da saúde, os erros podem passar pela administração errada de um medicamento (dosagem ou medicamento errado), um diagnóstico incorreto, exposição acidental a substâncias químicas, trauma ou agentes infecciosos. Por esta razão, deve ser garantido que o ambiente de cuidados é seguro para os seus doentes, durante o seu período de internamento (1). Assim, para Reston (2000), as organizações devem estar preocupadas com a possibilidade de errarem, devendo assumir que tal acontece mesmo, pelo que é necessário formar os profissionais, de forma a reconhecerem e recuperarem das eventuais falhas (2). Esta afirmação remete, assim, para o conceito de cultura de segurança do doente (*safety culture*).

Uma cultura de segurança é determinada pelos seguintes fatores: existência de valores partilhados, valores individuais e de grupo na matriz da organização, adoção da segurança como prioridade, comunicação aberta, colaboração de equipa para a promoção da segurança, aceitação da fiabilidade/vulnerabilidade e consciência e antecipação dos erros. Para além disto, é também determinada pela política de reporte e comunicação de eventos, pela revelação completa no que se refere à segurança, pela responsabilização sem culpa (cultura *just*), pela aprendizagem em torno dos erros e pela resiliência em matéria de segurança (3). A influência destes fatores parece ganhar sentido quando é tida em conta a seguinte definição sobre cultura – “cultura representa o conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz o modo como esta exerce a sua atividade” (3). Na mesma ótica, segundo Reason (s.d), a cultura de segurança do doente possui 3 componentes estruturantes, nomeadamente, a cultura justa, cultura de reporte de eventos de risco e cultura de aprendizagem em torno de falhas (3).

Tendo isto em conta, é possível afirmar que a cultura de segurança proporcionará a fiabilidade e a operação com o mínimo possível de eventos, independentemente de quem trabalhe na instituição. Explicitando melhor, a cultura de segurança representa uma dimensão estruturante da segurança, à escala organizacional (3). Desta forma, torna-se importante elaborar a presente revisão sistemática da literatura, procurando atingir o seguinte objetivo: sintetizar a evidência científica atual sobre a perceção dos profissionais de saúde relativamente à cultura de segurança do doente (CSD), em contexto hospitalar.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para a presente revisão sistemática definiu-se como ponto de partida a seguinte questão de pesquisa: *Qual é a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar?*

Para a construção da questão de pesquisa e para a identificação dos conceitos-chave recorreu-se ao método PICO (*Population, Intervention, Comparison e Outcomes*) (4) (Tabela 1).

Tabela 1 – Identificação dos conceitos-chave através da mnemónica PI[C]O

P	População	Profissionais de saúde	<u>Conceitos-chave:</u> - <i>Safety culture</i> /cultura de segurança and/e - <i>Hospitals</i> /hospitais
I	Intervenção/ fator	Perceção sobre a cultura de segurança do doente	
C	Comparação	Se existente	
O	Resultados	Oriundos de investigação produzida em contexto hospitalar.	

Adaptado de The Joanna Briggs Institute (2011)

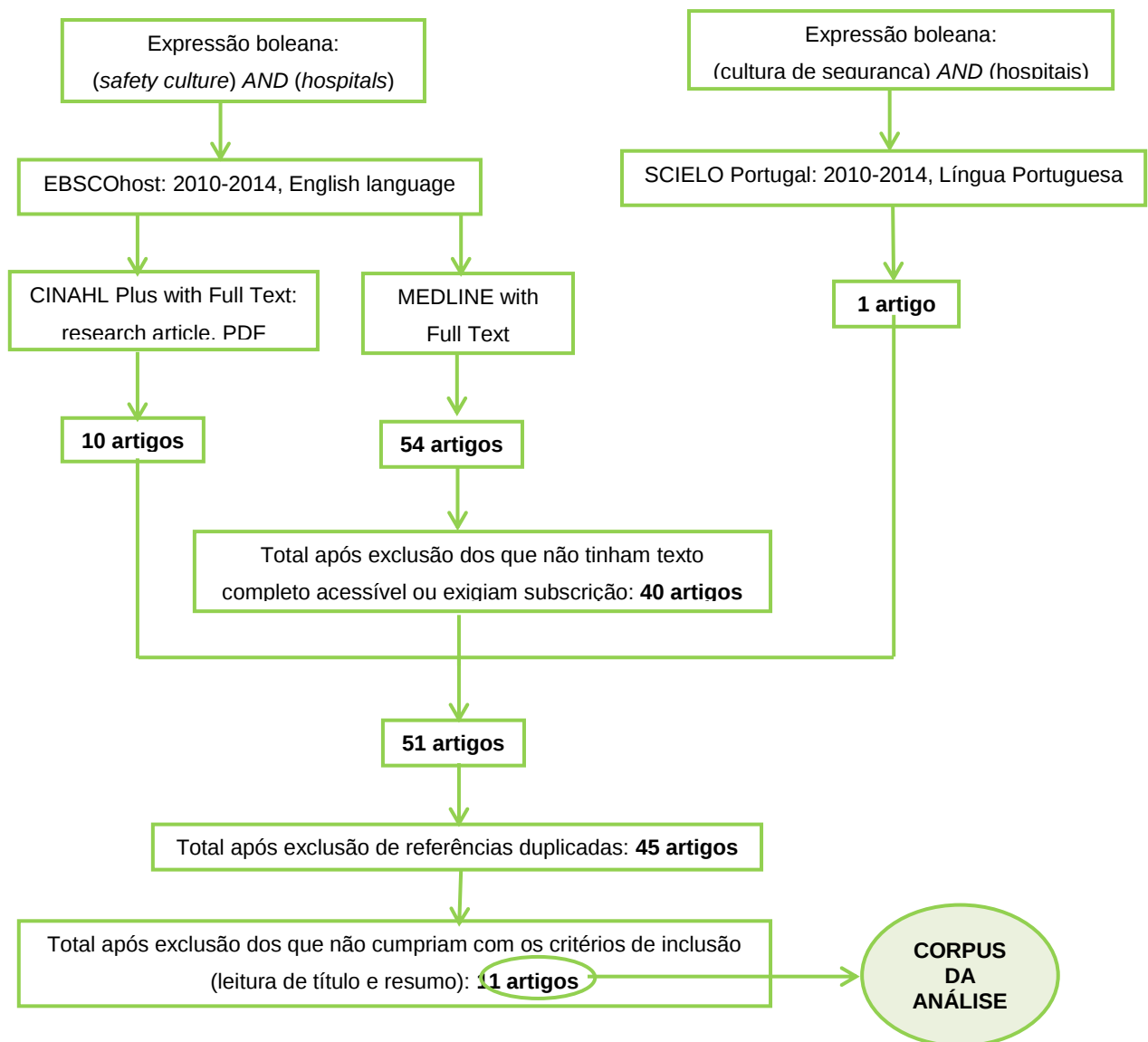
O método PI[C]O serviu, também, para a definição dos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 2).

Tabela 2 – Definição dos critérios de Inclusão e Exclusão

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Tipo de Participantes	Profissionais de Saúde	Estudantes ou doentes.
Tipo de Intervenção/ Fator	Avaliação da perceção da cultura de segurança do doente.	O que não se refira unicamente à perceção sobre a cultura de segurança do doente.
Tipo de resultados	Obtidos em contexto hospitalar.	Obtidos em contexto não hospitalar.
Tipo de Estudos	Estudos de investigação quantitativos ou qualitativos.	Estudos mistos, não científicos e sem resumo na base de dados.
Data de Publicação	Entre 2010-2014.	Antes de 2010.
Idioma	Inglês ou Português	Outro idioma que não inglês ou português.

Tendo em conta o propósito da presente revisão sistemática de literatura, definiu-se como expressão bolena (*safety culture*) AND (*hospitals*) – em inglês – e (cultura de segurança) AND hospitais – em português. A junho de 2014, procedeu-se à pesquisa eletrónica na base de dados EBSCOhost (na CINAHL Plus with Full Text e na MEDLINE with Full Text) em inglês e na SCIELO Portugal em português, dentro do período temporal 2010-2014. Na CINAHL Plus with Full Text, selecionou-se a opção ‘english language’, ‘research article’ e ‘PDF’, obtendo-se 10 artigos. Na MEDLINE with Full Text, após seleção da opção ‘english language’, obtiveram-se 54 artigos. Dos 54 artigos, excluíram-se os que não tinham texto completo acessível ou exigiam subscrição na revista (14 artigos), incluindo-se 40 artigos. Na SCIELO Portugal, com a seleção de ”língua portuguesa”, obteve-se 1 artigo. De um total de 51 artigos, excluíram-se as referências bibliográficas duplicadas (6), mantendo-se 45 artigos. Após esta etapa, procedeu-se à leitura do título e resumo, de forma a verificar o cumprimento dos critérios de inclusão. Por não cumprirem com os critérios de inclusão, foram excluídos 34 artigos (10 por não serem estudos de investigação e 24 relativos ao incumprimento dos restante critérios). Por fim, 11 artigos constituíram o corpus da análise.

Fluxograma 1 – Identificação do Corpus de Análise



RESULTADOS

Avaliação da Qualidade Metodológica

Após a obtenção de 11 estudos, constituintes do corpus da análise, procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica dos mesmos. Para isso, recorreu-se ao instrumento *MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies*, composto por 9 critérios (4). Foram incluídos todos os estudos com pontuação superior a 75% dos critérios (pontuação igual ou superior a 7), mantendo-se um corpus da análise de 11 artigos. A análise metodológica encontra-se descrita na seguinte tabela (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Estudos	Pontuação
Aboul-Fotouh, A., Ismail, N., Ez Elarab, H., & Wassif, G. (2012). Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. <i>Eastern Mediterranean Health Journal</i> , 18(4), pp. 372-377.	7
Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. <i>BMC Health Services Research</i> , 10(28), pp. 1-9.	7
Chen, I.-C., & Li, H.-H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). <i>BMC Health Services Research</i> , 10(152), pp. 1-10.	9
Deilkas, E., & Hofoss, D. (2010). Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. <i>BMC Health Services Research</i> , 10(28), pp. 1-5.	7
El-Jardali, F., Jaafar, M., Dimassi, H., Jamal, D., & Hamdan, R. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 22(5), pp. 386-395.	7
Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (2011, Julho). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> , III Série(4), pp. 37-48.	8
Hamdan, M., & Saleem, A. A. (2013). Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 25(2), pp. 167-175.	9
Lee, W.-C., Wung, H.-Y., Liao, H.-H., Lo, C.-M., Chang, F.-L., Wang, P.-C., . . . Hou, S.-M. (2010). Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. <i>BMC Health Services Research</i> , 10(234), pp. 1-8.	8
Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. <i>Health Services Research</i> , 13(228), pp. 1-11	8
Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 25(3), pp. 213-221.	7
Zwart, D. L., Langelaan, M., Vooren, R. C., Kuyvenhoven, M. M., Kalkman, C. J., Verheij, T. J., & Wagner, C. (2011). Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. <i>BMC Family Practice</i> , 12(117), pp. 1-7.	8

Extração de Dados

Após esta avaliação, procedeu-se à sua extração de dados. Para isto, recorreu-se ao instrumento *MASTsari data extraction tools* (4). A extração de dados encontra-se explicitada na tabela que se segue (Tabela 4).

Tabela 4 – Extração dos dados dos Estudos

Autor, Ano, Jornal	Metodologia	Cenário/ Contexto	Participantes	Intervenções	Conclusões
Aboul-Fotouh, Ismail, Ez Elarab, & Wassif (2012) <i>Eastern Mediterranean Health Journal</i>	Descritiva cross-seccional	Hospitais da <i>Ain Shams University</i> , em unidades médicas e cirúrgicas, unidades de cuidados intensivos e departamentos paramédicos	510 Profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais e unidades	Avaliação da cultura de segurança do doente através do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture. (HSOPSC)</i>	Entre as 12 dimensões, a maior pontuação positiva pertence à “aprendizagem organizacional para a melhoria contínua” (78,2%), seguindo-se o “trabalho em equipa” (58,1%). A menor pontuação corresponde à “resposta não-punitiva ao erro” (19,5%). Os autores concluem que a CSD tem muitas áreas de melhoria, que precisam de avaliação e monitorização contínuas, de forma a desenvolver um ambiente seguro.
Bodur & Filiz (2010) <i>BMC Health Services Research</i>	Quantitativa, descritiva	Todos os hospitais públicos (3) localizados no centro metropolitano de Konya Providence, Turquia	309 Profissionais de saúde (102 médicos, 135 enfermeiros, 72 enfermeiros temporários)	Validação da versão turca do <i>HSOPSC</i> e avaliação da CSD	A versão turca <i>HSOPSC</i> revela-se válida e confiável na avaliação da CSD. Os autores constataam que esta ferramenta será útil para a melhoria e para a consciencialização sobre a CSD, na Turquia.
Chen & Li (2010) <i>BMC Health Services Research</i>	Descritiva	42 Hospitais em Taiwan	788 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administrativos)	Avaliação da CSD através do <i>HSOPSC</i>	A avaliação com o <i>HSOPSC</i> proporciona evidências para avaliar a CSD em Taiwan. Os resultados mostram que os funcionários do hospital sentem-se positivos em relação à CSD dentro de sua organização. A existência de discrepâncias entre os dados dos EUA e os de Taiwan sugere que a singularidade cultural deve ser tida em conta

					quando as ferramentas de avaliação de CSD são aplicadas em diferentes contextos culturais.
Deilkas & Hofoss (2010) <i>BMC Health Services Research</i>	Quantitativa, descritiva	Hospital Universitário de Akershus, na Noruega	1306 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, técnicos de laboratórios, parteiras e funcionários administrativos de 10 departamentos clínicos)	Comprovação de que a CSD é um fenómeno local (variando consoante o departamento e enfermaria) e que a variação tem maior peso nas unidades organizacionais de níveis mais baixos (recorrendo ao <i>Safety Attitudes Questionnaire – SAQ</i>)	Os esforços de melhoria da CSD não se devem limitar a intervenções destinadas a todo o hospital ou a departamentos inteiros, devem sim incluir a participação ao nível das enfermarias. Os autores consideram que a CSD deve ser estudada tão perto do doente, quanto possível. Apesar de existir a cultura de segurança do hospital, a variação existente indica a presença de culturas de segurança específicas de cada departamento. Por outro lado, negligenciar o estudo da CSD ao nível da enfermaria irá mascarar importantes variações locais. Por fim, a investigação da CSD e a sua melhoria não devem parar num nível formal mais baixo, como as enfermarias e os serviços ambulatoriais. Em vez disso, deve-se proceder à recolha e análise de dados sobre microunidades dentro desse nível.
El-Jardali, Jaafar, Dimassi, Jamal, & Hamdan (2010)	Descritiva cross-seccional	68 Hospitais Libaneses	6807 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos)	Avaliação da CSD através do <i>HSOPSC</i>	Os resultados obtidos fornecem evidências que podem ser utilizadas por decisores políticos, gestores e líderes, que sejam capazes de criar a cultura e o

<i>International Journal for Quality in Health Care</i>			clínicos e não clínicos, da farmácia, dos laboratórios, da radiologia, dietistas, supervisores, gestores)		compromisso necessários para a identificação e resolução de problemas relacionados com a segurança do doente.
Fernandes & Queirós (2011) <i>Revista de Enfermagem Referência</i>	Quantitativa, descritiva, analítica e transversal	4 Hospitais distritais, pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro	136 Profissionais de saúde (enfermeiros)	Avaliação da CSD através do HSOPSC	A CSD apresenta-se como um fator crítico da qualidade dos cuidados, ao revelar apenas um fator forte. Os profissionais revelam-se céticos, sendo que os mais novos são menos positivos em relação à CSD. Esta caracteriza-se pela punição e ocultação do erro. Os enfermeiros encontram-se convictos que quando notificam o erro, eles são eles o centro da atenção (e não o erro propriamente dito).
Hamdan & Saleem (2013) <i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Quantitativa, descritiva cross-seccional	Todos os hospitais gerais públicos (11) da margem ocidental da Palestina	1460 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, paramédicos, funcionários de suporte, gestores hospitalares e supervisores)	Avaliação da CSD através do HSOPSC	O estudo evidencia a existência de uma cultura punitiva e de culpa, com subnotificação de eventos, falta de abertura comunicacional e desadequado apoio da gestão, constituindo-se como os principais desafios à prestação de cuidados hospitalares seguros. Os resultados obtidos são importantes para a elaboração/implementação do programa de segurança do doente e para medir o progresso futuro.

Lee, et al. (2010) <i>BMC Health Services Research</i>	Quantitativa	200 Hospitais em Taiwan (20 centros médicos, 57 hospitais regionais, 123 hospitais distritais)	45.242 Profissionais de saúde (enfermeiros, outros técnicos, farmacêuticos, administrativos , médicos)	Verificação de um questionário sobre CSD em chinês e avaliação da CSD através do SAQ	Os resultados analíticos verificaram as propriedades psicométricas do SAQ, em hospitais de Taiwan. Na maioria dos hospitais, a CSD não está totalmente desenvolvida e há espaço para melhorias.
Nie, et al. (2013) <i>Health Services Research</i>	Quantitativa	32 Hospitais de 15 cidades da China	1160 Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros funcionários)	Avaliação da CSD através do <i>HSOPSC</i>	Os resultados mostram que entre os profissionais de saúde existe uma atitude positiva para com a CSD dentro das organizações. As diferenças entre a CSD da China e dos EUA sugerem que a singularidade cultural deve ser tida em conta, quando os instrumentos de avaliação da CSD são aplicados em diferentes contextos culturais.
Wagner, Smits, Sorra, & Huang (2013) <i>International Journal for Quality in Health Care</i>	Quantitativa, descritiva cross-seccional	Hospitais da Holanda (45), Estados Unidos da América (622) e Taiwan (74).	Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, gestores, administrativos , outros funcionários) da Holanda (3779), dos EUA (196.462) e de Taiwan (10.146)	Avaliação e comparação da CSD através do <i>HSOPSC</i>	A comparação de dados da CSD mostra semelhanças e diferenças dentro e entre os países em estudo. Os três países podem melhorar áreas relativas à CSD, bem como identificar e partilhar as melhores práticas e aprender uns com os outros.
Zwart, et al. (2011) <i>BMC Family Practice</i>	Quantitativa	72 Locais de prestação de cuidados, na Alemanha	294 Profissionais de saúde	Avaliação da CSD através de uma adaptação <i>HSOPSC</i> , o <i>Systematic</i>	O questionário <i>SCOPE</i> revela-se um instrumento adequado para avaliar a CSD na prática geral. As propriedades clinométricas do <i>SCOPE</i> são promissoras, porém, futuras

				<i>Culture Inquiry on Patient Safety in Primary Care (SCOPE)</i>	investigações deverão confirmar a sua estrutura e delinear a capacidade de resposta a mudanças na CSD, ao longo do tempo.
--	--	--	--	--	---

Síntese dos dados

De forma a sintetizar os dados, optou-se por proceder a um sumário narrativo dos artigos selecionados (4).

Um estudo seguiu uma metodologia descritiva cross-seccional e desenvolveu-se em Hospitais da *Ain Shams University* (Cairo, Egito) (5). Este tinha como objetivos avaliar as perceções dos profissionais de saúde sobre as dimensões da CSD e determinar que fatores têm influência numa melhor CSD. Para isso, os autores optaram por uma amostra representativa de 510 profissionais (taxa de resposta de 69,1%), após estes consentirem participar no estudo. O processo de colheita de dados decorreu entre Novembro de 2008 e Maio de 2009, tendo-se recorrido ao instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, traduzido para árabe. Dos participantes do estudo, 43,5% tinham idade compreendida entre os 25 e os 35 anos, 76,1% eram mulheres e mais de metade trabalhavam há menos de 5 anos nos locais respetivos. Para além disto, 50,0% eram médicos e 86,1% lidavam diretamente com os doentes nos seus serviços/unidades. Das 12 dimensões, as maiores percentagens positivas foram para as dimensões da “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (78,2%) e para o “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (58,1%). Sucederam-se as seguintes dimensões: “recursos humanos/efetivos” (49,3%), “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (46,4%), “feedback e informação sobre os erros” (39,7%), “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (38,4%), “comunicação aberta” (34,6%), “perceção geral sobre segurança” (33,9%) e “frequência do relato/participação dos eventos adversos” (33,4%). As menores percentagens positivas encontravam-se associadas às dimensões do “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (27,2%), das “passagens de turno e transferência de doentes” (24,6%) e da “resposta não punitiva ao erro” (19,5%). Paralelamente, verificou-se uma diferença estaticamente significativa entre as percentagens dos médicos, dos enfermeiros e dos restantes profissionais paramédicos em relação ao “feedback e informação sobre os erros” e entre estes últimos e os médicos face ao “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (5).

Também em outro estudo, o método escolhido foi o quantitativo-descritivo e decorreu em 3 hospitais públicos de Konya Providence, Turquia (6). Este tinha 3 objetivos, nomeadamente: determinar a validade e fidedignidade da tradução do *HSOPSC* (com 10 dimensões), avaliar as perceções dos médicos e enfermeiros sobre a segurança do doente nos hospitais públicos turcos e comparar os resultados com os obtidos nos contextos dos Estados Unidos América. Tendo-se desenvolvido em 2008, o estudo contou com a participação de 309 profissionais de saúde, dos quais 102 eram médicos, 135 eram enfermeiros e 72 eram enfermeiros temporários). Das 10 dimensões, as pontuações mais altas corresponderam ao “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (70% na Turquia e 75% nos EUA) e à “perceção geral sobre segurança” (62% e 56%, respetivamente). Seguiram-se as

“passagens de turno e transferência de doentes” (54% contra 35%), as “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (44% contra 70%), os “recursos humanos/efetivos” (44% contra 48%), “aprendizagem organizacional” (41% e 66%, respetivamente) e “trabalho de equipa entre unidades e apoio da gestão para a segurança dos doentes” (40% contra 62%). Assim, as pontuações mais baixas associaram-se ao “feedback e comunicação aberta sobre o erro” (38% contra 59%), à “resposta não punitiva ao erro” (24% e 37%) e à “frequência do relato dos eventos adversos” (15% contra 54%). Por fim, a versão turca HSOPSC revelou-se válida na avaliação da CSD (6).

Também outro estudo assentou numa metodologia descritiva, para avaliar a CSD e tentar disponibilizar uma explicação para a unicidade de fenómenos existente em Taiwan (7). Recorrendo ao HSOPSC traduzido para chinês, os autores desenvolveram o processo de investigação de janeiro de 2006 a fevereiro de 2008. Assim sendo, selecionaram uma amostra randomizada de 788 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, administradores) de 42 hospitais. Dos participantes, 29,2% (230) eram médicos de diferentes departamentos, 60,6% (478) eram enfermeiros e 10,2% (80) eram administrativos (gestores e outros funcionários). A idade média dos participantes era de 35 anos, 73,75% eram mulheres e 38,8% (306) estavam em posições de supervisão. Nos resultados obtidos, as maiores percentagens positivas corresponderam às seguintes dimensões: “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (com 94% em oposição aos 78% da *Agency of Healthcare Research and Quality*), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (84% e 69%, respetivamente), “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (83% contra 74%) e “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (72% contra 57%). Seguiram-se as dimensões relativas à “perceção geral sobre segurança” (65% e 63%, respetivamente), ao “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (62% contra 69%), ao “feedback e informação sobre os erros” (59% contra 62%), à “comunicação aberta” (58% contra 61%) e à “frequência do relato/participação dos eventos adversos” (57% e 59%). Finalmente, as pontuações mais baixas apresentaram-se nas dimensões relativas às “passagens de turno e transferência de doentes” (48% em oposição a 45%), à “resposta não punitiva ao erro” (45% contra 43%) e aos “recursos humanos/efetivos” (39% contra 55%). Por fim, os resultados demonstraram que os profissionais sentem-se positivos face à CSD das suas organizações (7).

Outro autores adotaram uma metodologia quantitativa-descritiva, recorrendo à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ no Hospital Universitário de Akershus, na Noruega (8). Os autores tinham como objetivo comprovar que a CSD varia consoante o departamento hospitalar e enfermagem e que essa variação tem maior peso nas unidades organizacionais de níveis mais baixos. Os dados foram colhidos entre Outubro e Dezembro de 2006, tendo participado 1306 profissionais de saúde (68% da população). As taxas de respostas foram mais altas entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem, parteiras, técnicos de laboratório, técnicos de radiografia, fisioterapeutas e outros funcionários, em comparação com a taxa de resposta dos médicos. Os autores verificaram que 5 dimensões da segurança do doente têm variâncias consideráveis ao nível organizacional, com valores iguais ou superiores a 14% – “perceção da gestão da unidade” (21%), “clima de trabalho de equipa” (19%), “satisfação no trabalho” (15%), “clima de segurança” (14%) e “condições de trabalho/recursos” (14%). Somente a dimensão da “perceção da gestão hospitalar” e o “reconhecimento do stress” apresentaram valores inferiores, com 7% e 2%, respetivamente. Da mesma forma, os autores constataram que a dimensão “condições de trabalho/recursos” apresenta maior variância ao nível departamental (9.3% do total) do que ao nível das

enfermarias (5,0%). Por fim, nas dimensões “clima de trabalho de equipa”, “clima de segurança” e “perceção da gestão da unidade” têm uma variância mais pronunciada ao nível das enfermarias (13,8”, 9,0% e 13,2%, respetivamente) do que ao nível departamental (5,2%, 5,2% e 7,4%) (8).

Por outro lado, outro estudo desenvolveu-se em 68 hospitais libaneses, adotando uma metodologia descritiva cross-seccional, com recurso ao *HSOPSC* (9). Este estudo tinha os seguintes objetivos: ajudar o hospital a preparar-se melhor para uma posterior acreditação nacional (ao providenciar dados sobre a CSD), proceder a uma avaliação da CSD nos hospitais libaneses e entender os fatores que possam afetar a pontuação da segurança do doente. Para isso, o estudo envolveu 6807 profissionais de saúde (taxa de resposta de 55,56%), englobando médicos, enfermeiros, técnicos clínicos e não clínicos, técnicos da farmácia, dos laboratórios, da radiologia, dietistas, supervisores e gestores). Destes participantes, 66,8% eram mulheres, 45,5% tinham menos de 30 anos, 25,6% trabalhavam em unidades médicas e 22,9% em unidades cirúrgicas. Paralelamente, 57,8% eram enfermeiros e 36,85 tinham graus académicos universitários. Por fim, 38,1% tinham entre 1 a 5 anos de experiência no hospital respetivo e 77,8% tinham contato direto com os doentes. Relativamente às dimensões do questionário, 4 delas apresentaram valores acima dos 70%, nomeadamente o “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (82,3%), “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (78,4%), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (78,3%) e “perceção geral sobre segurança” (72,5%). Seguem-se as dimensões “frequência do relato/participação dos eventos adversos”, “feedback e informação sobre os erros” e “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” com 68,2%, 68,1% e 66,4%, respetivamente. Assim sendo, 5 dimensões tiveram valores abaixo dos 58%, designadamente “comunicação aberta” (57,3%), “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (56,0%), “passagens de turno e transferência de doentes” (49,7%), “recursos humanos/efetivos” (36,8%) e “resposta não punitiva ao erro” (24,3%) (9).

O estudo seguinte foi desenvolvido através de uma metodologia quantitativa, descritiva, analítica e transversal (10). Este tinha como objetivo caracterizar a perceção dos enfermeiros sobre a CSD, em 4 hospitais portugueses distritais da Administração Regional do Centro. Para isso, os autores recorreram ao *HSOPSC*, tendo colhidos os dados durante 10 semanas entre maio e agosto de 2009. No estudo participaram 136 enfermeiros (taxa de resposta de 58,4%), dos quais 70,3% eram mulheres, 55,1% tinham entre 23 e 43 anos e os restantes tinham entre 44 e 65 anos. Relativamente às dimensões da CSD, 4 revelaram críticos/problemáticos - “frequência do relato/participação dos eventos adversos” (33%), “resposta não punitiva ao erro” (30%), “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (44%) e “recursos humanos/efetivos” (46%). Para além disto, 7 dimensões apresentam-se como áreas a necessitar de melhorias, nomeadamente: “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (56%), “passagens de turno e transferência de doentes” (71%), “comunicação aberta” (64%), “feedback e informação sobre os erros” (51%), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (67%), “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (63%) e “perceção geral sobre segurança” (57%). Por último, somente a dimensão do “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (79%) apresentou-se como um aspeto/dimensão forte (10).

Atendendo agora a outro estudo, verifica-se a adoção de uma metodologia quantitativa, descritiva cross-seccional para responder ao objetivo de avaliar a CSD, em hospitais públicos palestinianos (11). Para isso, aplicou-se o *HSOPSC* em todos os hospitais gerais públicos da margem ocidental da Palestina, durante o período de julho a agosto de 2011. Participaram 1460 profissionais de saúde, entre os quais médicos, enfermeiros,

paramédicos, funcionários de suporte, gestores hospitalares e supervisores. Das 12 dimensões, somente 3 obtiveram percentagens acima dos 50% - “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (71%), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (62%) e “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (56%). As restantes 9 dimensões revelaram-se críticos, apresentando valores abaixo dos 50% - “passagens de turno e transferência de doentes” (48%), “feedback e informação sobre os erros” (46%), “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (44%), “perceção geral sobre segurança” (43%), “recursos humanos/efetivos” (38%), “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (37%), “comunicação aberta” (36%), “frequência do relato/participação dos eventos adversos” (35%) e “resposta não punitiva ao erro” (17%) (11).

Para além dos anteriores, também outro estudo adotou uma metodologia quantitativa (12). Tendo como objetivo verificar um questionário em chinês sobre CSD e avaliar a CSD através do SAQ, o estudo realizou-se em 200 Hospitais em Taiwan, durante o ano de 2008. O mesmo contou com a participação de 45.242 profissionais de saúde, dos quais destacavam-se 64,9% enfermeiros, 5,9% médicos, 10,7% técnicos, 6,4% farmacêuticos, 3,3% administrativos e 8,8% outro tipo de profissionais. Os resultados obtidos revelaram 48,9% de respostas positivas para o “clima de trabalho de equipa”, 45,2% para a “perceção da gestão”, 42,1% em relação à “satisfação no trabalho”, 37,2% face ao “clima de segurança” e 31,8% perante as “condições de trabalho/recursos”. Concomitantemente, os resultados analíticos comprovaram as propriedades psicométricas do SAQ, em hospitais de Taiwan (12).

Segue-se, então, um estudo quantitativo que pretendia avaliar a CSD na China, tendo-se aplicado *HSOPSC* em 32 hospitais de 15 cidades chinesas, durante o período de julho a dezembro de 2011 (13). Neste estudo participaram 1160 profissionais de saúde, dos quais 66% eram enfermeiros, 33% eram médicos-cirurgiões, 30% eram médicos internos e 94% lidavam diretamente com os doentes. Quando comparados os resultados obtidos no estudo com os resultados oriundos dos EUA, verificaram-se algumas diferenças. Nos EUA, os valores mais altos pertenciam às dimensões “trabalho de equipa nas unidades/serviços” (80%), “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” (75%), “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (72%) e “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” (72%), o que nem sempre aconteceu com os valores obtidos na China (84%, 63%, 88% e 69%, respetivamente). Também os valores das restantes dimensões diferiram entre os 2 países, como se pode verificar: “perceção geral sobre segurança” (66% nos EUA e 55% na China), “feedback e informação sobre os erros” (64% contra 50%), “comunicação aberta” (62% em oposição a 65%), “resposta não punitiva ao erro” (44% contra 60%), “trabalho de equipa entre unidades/serviços” (58% e 66%, respetivamente) e, finalmente, “recursos humanos/efetivos” (56% contra 45%). Em suma, os resultados evidenciaram uma atitude positiva face à CSD e as diferenças existentes alertaram para a importância da singularidade cultural ser tida em conta, quando comparados 2 ou mais países (13).

Da mesma forma que os anteriores, outros autores optaram por uma metodologia quantitativa, descritiva, cross-seccional, de forma a avaliarem e compararem a CSD em 3 países diferentes, através do *HSOPSC* (14). Desta forma, o estudo desenvolveu-se em 45 hospitais da Holanda, 622 dos EUA e 74 de Taiwan, tendo participado 3779 profissionais de saúde da Holanda, 196.462 dos EUA e 10.146 de Taiwan (incluindo médicos, enfermeiros, gestores, administrativos e outros funcionários). Quando comparadas as 12 dimensões relativas às CSD, estas evidenciaram algumas diferenças. Relativamente à dimensão do “trabalho de equipa nas unidades/serviços”, os resultados positivos assumiam uma percentagem de 85% (Holanda), DE 81% (Taiwan) e

de 79% (EUA). Já a dimensão das “expectativas/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança” apresentavam valores de 63%, 65% e 75%, ao passo que a dimensão da “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” tinha valores de 47%, 80% e 71%, respetivamente. Por outro lado, a dimensão do “apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes” demonstrou valores de 31%, 60% e 70%. A dimensão da percepção geral sobre segurança do doente apresentou respostas de 49, 52 e 64%. Para além disto, a dimensão relativa ao “feedback e informação sobre os erros” possuía valores de 52% (Holanda), 44% (Taiwan) e 63% (EUA), enquanto a “comunicação aberta” apresentou valores de 68%, 40% e 62%. Já a “frequência do relato/participação dos eventos adversos” tinha 36%, 31% e 60%, e o “trabalho de equipa entre unidades/serviços” revelava valores de 28%, 56% e 57%. No que se refere aos “recursos humanos/efetivos, a Holanda tinha 59%, Taiwan tinha 40% e os EUA tinham 55%. Por fim, a dimensão relativa às “passagens de turno e transferência de doentes” apresentava 42%, 43% e 44%, enquanto a “resposta não punitiva ao erro” revelava valores de 66%, 31% e 44% (14).

Por último, surge um estudo com uma metodologia quantitativa, desenvolvido em 72 locais de prestação de cuidados, na Alemanha (15). Este estudo tinha como objetivo avaliar a CSD através de uma adaptação do *HSOPSC*, o *Systematic Culture Inquiry on Patient Safety in Primary Care (SCOPE)*. Participaram 294 profissionais de saúde (88,8%), sendo que destes, 98,8% eram mulheres, 47,2% tinham menos de 39 anos e 76,9% tinham entre 0 a 10 anos de experiência profissional. Com este estudo, os autores constataram que o instrumento *SCOPE* é adequado para avaliar a CSD na prestação de cuidados gerais. Da mesma forma, os resultados evidenciaram que as suas propriedades são promissoras, ainda que seja necessário novas investigações, para especificar a sua capacidade de responder a mudanças na CSD (15).

Discussão

A situação da CSD e a percepção que os profissionais têm desta são problemas para os quais as organizações devem estar direcionadas, devendo tornar-se uma preocupação principalmente para os profissionais com posições de gestão. Foi por isto que a esta revisão procurou responder à questão “Qual é a percepção dos profissionais de saúde sobre a CSD em contexto hospitalar?”.

Dos artigos, salienta-se o facto de a CSD ser maioritariamente (8 artigos) avaliada através do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, o que confere significado ao instrumento (5-7, 9-11, 13-14). Apesar disto, 2 artigos recorrem ao *Safety Attitudes Questionnaire* (8,12) e 1 utiliza o *Systematic Culture Inquiry on Patient Safety in Primary Care* (15).

Os artigos deixam claro que as percepções da CSD são tendencialmente negativas, visto que nenhum estudo revela uma percepção geral ou um clima de segurança com pontuações fortes. Efetivamente, a percepção sobre a CSD revela-se crítica com valores inferiores a 50% (5,11) ou a necessitar de melhorias com valores entre os 50% e os 74% (6-7, 9-10, 13-14) Também o clima de segurança revela-se crítica (8,11).

Outras das elacções que se pode retirar é a tendência para a existência de uma cultura punitiva perante o erro e de culpabilização. Isto é visível na dimensão da “resposta não punitiva ao erro”, que se revelou uma dimensão crítica (5-7, 9-11, 13-14). Somente os resultados da China de um estudo e os da Holanda de outro apresentam esta dimensão como algo a melhorar (13-14). Á tendência para uma cultura punitiva alia-se a o facto da

“frequência do relato/participação dos eventos adversos” ser encarada tanto como problemática (5-6, 10-14) ou como a necessitar de melhorar (7,9). Porém, é de evidenciar que num artigo cerca de 77,3% consideram que os administradores incentivam o reporte de eventos adversos (12).

Uma outra dimensão a destacar é o “feedback e informação sobre os erros” que maioritariamente é encarado como algo a melhorar (7, 9-10, 13-14), ainda que alguns estudos revelem-no como crítico (5-6, 11).

Assim sendo, as restantes dimensões também apresentam algumas variações, consoante o contexto cultural em que são avaliadas. Por isto mesmo, é da opinião de alguns autores que, independentemente do instrumento utilizado, a singularidade cultural de cada contexto deve ser tida em conta, quando comparados vários países (7, 13-14).

Limitações da revisão sistemática da literatura

Tendo em conta o referido, a presente revisão sistemática da literatura apresenta algumas limitações. A primeira prende-se com a limitação dos artigos às línguas portuguesa e inglesa, pois esta condiciona o aparecimento de artigos publicados noutras línguas. Uma outra limitação é o facto de se terem excluído artigos por não terem texto completo ou por exigirem subscrição no periódico em causa, diminuindo o número de artigos disponíveis. Finalmente, a terceira limitação deve-se ao facto de se ter optado por estudar somente a perceção dos profissionais de saúde sobre CSD, o que poderá ter excluído evidência interessante do ponto de vista do doente.

CONCLUSÕES

A presente revisão sistemática propunha-se responder à questão de partida (Qual é a perceção dos profissionais de saúde sobre a CSD em contexto hospitalar?), procurando evidenciar as CSD existentes, bem como os instrumentos úteis à sua avaliação. Os 11 estudos utilizados evidenciaram a preferência dos investigadores pela utilização do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, ainda que outros instrumentos possam ser utilizados, como o *Safety Attitudes Questionnaire*. Seja qual for o instrumento utilizado, a singularidade cultural de cada contexto deve ser tida em conta, quando comparados vários países (13).

Os artigos revelaram, ainda, resultados em que a perceção da CSD era positiva (9,13). Contudo, na maior parte dos estudos, a perceção geral sobre a CSD revelou-se crítica (5, 11) ou a necessitar de melhorias (7, 10). Os resultados também corroboraram a ideia de que continua a existir uma cultura de culpabilização e punitiva perante o erro (6, 9).

Face ao referido, salienta-se que os resultados dos estudos vão ao encontro de fontes teóricas relativamente a alguns aspetos da CSD, respondendo à pergunta inicial e refletindo a realidade dos contextos de saúde. Por último, é de realçar as poucas publicações existentes em Portugal, o que faz com que a realidade dos contextos portugueses não esteja tão bem retratada.

References

1. Intitute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.
2. Diniz, A. et al. Estudo Piloto da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa Amostra de Hospitais Portugueses. Portugal: Direção-Geral da Saúde/Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar: 2011.
3. Fragata, J., Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. Lisboa, Lidel - Edições Técnicas, 2011.
4. The Joanna Briggs Institute, Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2011 edition, South Australia: The Joanna Briggs Institute, 2011.
5. Aboul-Fotouh, A.; Ismail, N.; Ez Elarab, H.; Wassif, G. Assessment of patient safety culture among healthcare providers at a teaching hospital in Cairo, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012; 18(4): 372-377.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22768700&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
6. Bodur, S.; Filiz, E. Validity and reliability of Turkish of 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(28): 1-9.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20109186&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
7. Chen, I.-C.; Li, H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*. 2010; 10(152): 1-10.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20529246&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
8. Deilkas, E.; Hofoss, D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(28): 1-5.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20356351&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
9. El-Jardali, F.; Jaafar, M.; Dimassi, H.; Jamal, D.; Hamdan, R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010; 22(5): 386-395.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20699233&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
10. Fernandes, A. M.; Queirós, P. J. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; III Série(4): 37-48.
11. Hamdan, M.; Saleem, A. A. Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25(2): 167-175.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23382367&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.

12. Lee, W.C. et al. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2010; 10(234): 1-8.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20698965&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
13. Nie, Y.; Mao, X.; Cui, H.; He, S.; Li, J.; Zhang, M. Hospital survey on patient safety culture in China. *Health Services Research*. 2013; 13(228): 1-11.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23800307&site=ehost-live>
Accessed June 23, 2014.
14. Wagner, C.; Smits, M.; Sorra, J.; Huang, C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013; 25(3): 213-221.
doi:10.1093/intqhc/mzt024
15. Zwart, D. L. et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*. 2011; 12(117): 1-7.
doi:10.1186/1471-2296-14-127

**Apêndice 4 – Poster submetido ao 5º Congresso da Associação Portuguesa dos
Enfermeiros Gestores e Liderança**

SARA TAVARES VARÃO ¹; PEDRO BERNARDES LUCAS ²

¹ Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Sagrada Família – Santa Casa da Misericórdia da Amadora

² Professor Adjunto do Departamento de Administração em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1 INTRODUÇÃO

- Apesar da prestação de cuidados envolver riscos, 50% dos eventos são evitáveis.
- A prestação de cuidados seguros implica a existência de uma CSD com:
 1. Valores partilhados sobre segurança
 2. Valores individuais
 3. Adoção da segurança como prioridade;
 4. Comunicação aberta;
 5. Reconhecimento da vulnerabilidade;
 6. Consciência do risco;
 7. Política de reporte;
 8. Resiliência em matérias de segurança;
 9. Existência de uma cultura *just*
 10. Aprendizagem com os erros. (Fragata, 2011)
- A melhoria da segurança exige esforços sistemáticos: mudança na cultura dos cuidados e pesquisas sobre as causas dos eventos. (Institute of Medicine, 2001)
- Enfermeiro-líder tem papel essencial na melhoria da qualidade e da segurança (Fradique & Mendes, 2013)

2 OBJETIVOS

Geral

“Compreender qual a cultura de segurança do doente presente no Centro Hospitalar”

Específicos

- Identificar a perceção sobre CSD
- Identificar áreas de melhoria
- Identificar importância da CSD na gestão dos cuidados.

3 METODOLOGIA

Procedeu-se a um estudo quantitativo, observacional, descritivo-transversal, recorrendo-se ao *HSOPSC*.

Optou-se por uma amostra não probabilística sequencial, onde participaram 68 enfermeiros.

4 RESULTADOS

Perfil dos Participantes

- Sexo: Feminino (92,6%)
- Idade: 25 a 34 anos (39,9%)
- Escolaridade: Licenciatura (79,4%)
- Categoria Profissional: Enfermeiro (48,5%)
- Exercício Profissional: 6 a 10 anos (33,3%)
- Exercício Profissional Atual Serviço: 6 a 10 anos (37,8%)

DIMENSÕES	Respostas Positivas
Trabalho em equipa	79,41%
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD	56,82%
Apoio à SD pela gestão	31,63%
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	62,69%
Perceções gerais sobre a segurança do doente	53,36%
Feedback e comunicação acerca do erro	54,55%
Abertura na comunicação	55,50%
Frequência da notificação de eventos	37,31%
Trabalho entre as unidades	45,80%
Profissionais	26,30%
Transições	57,25%
Resposta não punitiva ao erro	18,41%

5 CONCLUSÕES

Necessidade Melhorias

- Expectativas do gestor
- Aprendizagem Organizacional
- Perceções Gerais sobre SD
- Feedback acerca do erro
- Abertura na Comunicação
- Transições.

O facto do Trabalho em Equipa se um aspeto forte, revela a existência de uma predisposição para melhorar o ambiente de cuidados, podendo ser explorado pelos processos de gestão do risco e de melhoria da qualidade

(Fernandes & Queirós, 2011)

Necessidade Intervenção

- Apoio à SD pela gestão;
- Frequência da notificação de erros
- Trabalho entre unidades
- Profissionais
- Resposta não punitiva ao erro.

Os resultados revelaram:

- Necessidade de intervenção dos enfermeiros-líderes (a liderança está relacionada com a qualidade dos cuidados).
- Existência de uma cultura punitiva perante o erro, conduzindo à subnotificação.

Fradique, M., & Mendes, L. (2013)

Contacto: svarao@campus.esel.pt

Referências Bibliográficas:

- Fernandes, A., & Queirós, P. (Julho de 2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(4), pp. 37-48.
- Fradique, M., & Mendes, L. (Julho de 2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III(10), pp. 45-53.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington DC.