



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem



Maria Carreiras da Silva Fernandes

Influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional
na segurança dos doentes hospitalizados

Fevereiro 2025



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Maria Carreiras da Silva Fernandes

Influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional
na segurança dos doentes hospitalizados

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo

Fevereiro 2025

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Um breve, mas muito sentido agradecimento às entidades e pessoas que me ajudaram a chegar a este momento.

À Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a qual tem sido a MINHA ESCOLA enquanto enfermeira.

Aos docentes que iniciaram a dissertação comigo.

À Professora Doutora Odete Araújo, a qual trilhou o percurso comigo até à meta, o meu agradecimento especial e todo o meu carinho.

Aos enfermeiros do hospital onde a pesquisa foi realizada e que contribuíram para a componente empírica.

À minha família, cujos membros, incluindo os falecidos, dei prioridade na minha vida.

Agradeço a todas as pessoas que se cruzaram comigo nas diferentes etapas e que deram algo de si para me apoiarem.

Para a Cláudia e Sandra, o meu sincero e reconhecido agradecimento.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida, falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

INFLUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS E DA CULTURA ORGANIZACIONAL NA SEGURANÇA DOS DOENTES HOSPITALIZADOS

RESUMO

Os enfermeiros hospitalares enfrentam diariamente o desafio de promoverem a prestação dos melhores cuidados de enfermagem, à luz das evidências científicas mais recentes e das necessidades de cuidados de cada pessoa doente. O conhecimento acumulado acerca dos resultados dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados prestados pelos enfermeiros em contexto hospitalar, evidencia que estes comportam riscos associados de eventos adversos. Fatores intrínsecos aos enfermeiros e aos contextos da prestação de cuidados contribuem concomitantemente para a sua ocorrência.

A pesquisa realizada teve por objetivos analisar as influências das características dos enfermeiros e da cultura de segurança organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e na avaliação das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.

Efetuamos um estudo quantitativo, não experimental, descritivo e correlacional, no qual participaram 84 enfermeiros de uma unidade hospitalar da zona norte de Portugal, os quais foram inquiridos com recurso a dois instrumentos de colheita de dados: Questionário Hospitalar Sobre Política de Segurança do Doente e Escala Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem. Os dados foram objeto de análise estatística e para o apuramento dos resultados foi considerado como nível de significância estatística o valor de $p < 0.05$, correspondendo a um nível de confiança de 95%.

Os resultados obtidos realçam a idade dos enfermeiros, o tempo de experiência no hospital e a cultura de segurança organizacional, como fatores detentores de influência para o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem o que pode indicar que a experiência contribui para um maior conhecimento e habilidades práticas, resultando em cuidados mais eficazes e seguros. Como considerações finais, julgamos que os resultados realçam a necessidade das práticas de enfermagem serem ancoradas em conhecimento validado cientificamente, a importância da supervisão dos processos de prestação de cuidados e seus determinantes e, ainda, que existe margem para promover cuidados de enfermagem mais seguros.

Palavras-chave: cultura organizacional, eventos adversos, práticas de enfermagem, segurança dos doentes.

INFLUENCE OF NURSES CHARACTERISTICS AND ORGANIZATIONAL CULTURE ON THE SAFETY OF HOSPITALIZED PATIENTS

ABSTRACT

Hospital nurses face the daily challenge of providing the best nursing care in light of the most recent scientific evidence and the care needs of each patient. The accumulated knowledge about healthcare outcomes, specifically the care provided by nurses in a hospital context, shows that they carry associated risks of adverse events. Intrinsic factors related to nurses and the contexts of care delivery simultaneously contribute to their occurrence.

The research aimed to analyse the influences of nurses' characteristics and the organizational safety culture on the risk of adverse events and the evaluation of nursing practices associated with patient safety.

We conducted a quantitative, non-experimental, descriptive, and correlational study that covered 84 nurses from a hospital unit in the northern region of Portugal. Data were collected using two instruments: the Hospital Survey on Patient Safety Culture and the Scale of Adverse Events Associated with Nursing Practices.

The data were statistically analysed, and a significance level of $p < 0.05$ was considered, corresponding to a confidence level of 95%. The results highlight nurses' age, experience in the hospital, and organizational safety culture as influential factors in the risk of adverse events associated with nursing practices.

The results obtained highlight the nurses' age, time of experience in the hospital and organizational safety culture as the factors which have an impact on the risk of occurrence of adverse events associated with nursing activities. This may indicate that the nurses' experience contributes to greater knowledge and practical skills, resulting in more effective and safer health care.

As final considerations, we believe that the results highlight the need for nursing practices to be based in scientifically validated knowledge, the importance of supervising health care delivery processes and their determinants, and that there is room to promote safer nursing care.

Keywords: adverse events, nursing practices, organizational culture, patient safety.

Índice

1. Introdução	11
2. A segurança dos doentes submetidos a cuidados de saúde	16
2.1. Percurso do movimento da segurança dos doentes	16
2.2. Conceitos chave da taxonomia da segurança dos doentes	21
2.3. Epidemiologia dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde	23
2.4. Eventos adversos associados às práticas de enfermagem	30
3. Fatores do contexto de impacto transversal na segurança dos doentes.....	33
3.1. Política de qualidade em saúde	33
3.1.1. Indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	39
3.1.2. Cultura de segurança organizacional	41
4. Metodologia	45
4.1. Tipo de estudo e objetivos	46
4.2. População e amostra	46
4.3. Instrumento de recolha de dados	47
4.4. Plano analítico	49
4.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados	49
4.6. Considerações éticas	50
5. Apresentação dos resultados.....	51
5.1. Descrição da amostra	51
6. Discussão de resultados.....	69
7. Conclusão.....	77

8. Referências bibliográficas	79
Anexos	83
Anexo I – Autorização das autoras para a utilização dos instrumentos de colheita de dados	84
Anexo II – Consentimento Informado	85
Anexo III – Questionário Hospitalar sobre Política de Segurança do Doente	86
Anexo IV – Escala dos Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem	87
Anexo V – Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho	91
Anexo VI – Autorização da entidade hospitalar para a realização da colheita de dados	92

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
Tabela 2. Caracterização da amostra em termos do contexto profissional.....	51
Tabela 3. Medidas descritivas e fiabilidade em termos das dimensões relativas à cultura de segurança do doente.....	52
Tabela 4. Medidas descritivas e fiabilidade em termos das dimensões relativas aos eventos adversos associados à prática de enfermagem.....	53
Tabela 5. Diferenças na perceção da cultura de segurança do doente em função do sexo.....	54
Tabela 6. Diferenças na perceção de eventos adversos associados à prática de enfermagem em função do sexo.....	55
Tabela 7. Correlações de <i>Spearman</i> entre a idade e a perceção relativa a cultura de segurança do doente.....	56
Tabela 8. Correlações de <i>Spearman</i> entre a idade e a perceção de eventos adversos associados à prática de enfermagem.....	56
Tabela 9. Correlações de <i>Spearman</i> entre o tempo de experiência do enfermeiro no serviço e no hospital e a perceção relativa à cultura de segurança do doente.....	57
Tabela 10. Correlações de <i>Spearman</i> entre o tempo de experiência do enfermeiro no serviço e no hospital e a perceção de eventos adversos associados à prática de enfermagem.....	58
Tabela 11. Diferenças na perceção da Cultura de segurança do doente em função da posição na carreira.....	59
Tabela 12. Diferenças na perceção de eventos adversos associados à prática de enfermagem em função da posição na carreira.....	60
Tabela 13. Correlações entre Cultura de segurança do doente e práticas de enfermagem.....	62
Tabela 14. Correlações entre Cultura de segurança do doente e eventos adversos	66

Lista de abreviaturas e siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração central dos Serviços da Saúde

CISD - Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

CQSD - Comissões da Qualidade e Segurança

DGS – Direção-Geral da Saúde

EA - Eventos adversos

EPI - Equipamento Proteção Individual

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

Ex - Exemplo

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HFMES – Modelo *Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*

HRO - *High Reliability Organization*

IACS - Infecções associadas aos cuidados de saúde

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

IOM - *Institute of Medicine*

LASA - *Look Alike Sound Alike*

MAV - Medicamentos de Alta Vigilância

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos

PBCI - Práticas Básicas de Controlo da Infecção

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

RAM – Medicamentos resistentes aos antimicrobianos

SEIPS - Modelo de Desenho dos Sistemas de trabalho

SHELL - Modelo Explicativo dos Fatores Humanos do Erro

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TERCAP - *Taxonomy of Error, Root Cause Analysis, and Practice Responsibility*

1. Introdução

A presente dissertação visa a obtenção do grau de mestre em enfermagem e foi elaborada no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem frequentado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Decidir frequentar um mestrado específico na área de enfermagem, constituiu uma decisão fundamentada na certeza de que as decisões da prática precisam de ser sustentadas em evidências e que existe sempre espaço e pertinência para atualizar e desenvolver conhecimentos e competências.

A opção por focar a pesquisa no estudo da segurança dos cuidados de saúde hospitalares, na vertente dos cuidados prestados pelos enfermeiros, enquadra-se num contexto, nacional e internacional, de inquietação com a ocorrência conhecida de múltiplos eventos adversos que afetam os utentes dos cuidados de saúde, nomeadamente os doentes hospitalizados.

A segurança dos doentes constitui uma importante dimensão da qualidade em saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015, 2021) sendo consensual afirmar que falhas na segurança dos doentes compromete a qualidade dos resultados de saúde e que a ocorrência de incidentes de segurança com dano associado para os doentes, traduz cuidados de saúde de inferior qualidade ou falhas no processo de prestação de cuidados que afetam de forma negativa a prestação de cuidados.

O conceito de segurança do doente, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) e pela DGS (2011) deve ser entendido como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável.

As características atuais dos sistemas de saúde e as fragilidades sociais no que concerne ao acesso a cuidados de saúde de qualidade por parte de grupos específicos e mais vulneráveis, aliadas a outros fatores de índole laboral e financeira fazem supor que as questões dos cuidados inseguros do passado tendem a continuar no presente e no futuro.

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é sobejamente conhecida (*Institute of Medicine* [IOM], 2000), Fragata (2006, 2011), OMS (2005, 2022), DGS (2011, 2015, 2021, 2024).

Apesar dos esforços conjuntos da OMS e dos governos dos diferentes países membros, a segurança dos doentes submetidos a cuidados de saúde ainda não atingiu um patamar que isente os doentes do risco de sofrerem danos associados (OMS, 2024).

Não existe um conhecimento preciso dos incidentes de segurança que acontecem ou quase acontecem (*near miss*) nos diferentes contextos de práticas, internacionais ou nacionais.

Portugal, através da DGS (2013), tem procurado sensibilizar os profissionais de saúde para a notificação voluntária dos incidentes ou “*near miss*” e as organizações para perspetivar estas situações, de erro involuntário, como oportunidades de aprendizagem e de repensamento de estratégias de melhoria contínua da qualidade global em saúde. O atual envolvimento ativo dos doentes e familiares nos respetivos processos de cuidados e o investimento que vem sendo efetuado a nível nacional desde 2015 na respetiva literacia em saúde, torna-os parceiros mais críticos e interessados nos processos de cuidados.

Os últimos dados oriundos do sistema nacional de notificação de incidentes de segurança do doente, denominado NOTIFICA (DGS, 2022) revelam que, no período compreendido entre 2013 e 2022, os profissionais de saúde efetuaram um total de 13 355 notificações e os cidadãos efetuaram 660.

Os acidentes sofridos pelos doentes, nomeadamente quedas e úlceras de pressão, as infeções associadas aos cuidados de saúde, questões relacionadas com os recursos humanos e com a gestão organizacional estão no topo das notificações efetuadas pelos profissionais. No entanto, a literatura refere a prevalência crescente de outras tipologias de incidentes, nomeadamente os incidentes relacionados com a medicação, com falhas na identificação dos doentes e falhas na comunicação entre profissionais de saúde e entre profissionais e doentes/ cuidadores e falhas no diagnóstico clínico.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), expressou publicamente que os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos seus clientes, mas também reconhece que são necessárias condições meios para que tal aconteça, nomeadamente dotações seguras e ambientes propícios às práticas (OE, 2006, 2019).

A leitura da Carta dos Direitos de Segurança do Doente (OMS, 2024), ao situar os leitores nos dez direitos que lhes são reconhecidos, proporciona o conhecimento das causas subjacentes que ameaçam a respetiva segurança.

Os médicos foram os primeiros profissionais a serem alvo de inquéritos devido a incidentes ocorridos com doentes. Atualmente, todos os profissionais de saúde detêm um corpo de competências e de esfera de ação próprias dos quais resultam contributos individuais e de equipe variáveis para os resultados em saúde do doente.

Os sistemas de documentação próprios evidenciam as respetivas intervenções e os resultados das mesmas. O SClínico constitui o sistema de documentação disponibilizado pelo Ministério da Saúde e dispõe de módulos específicos para cada perfil profissional, os quais comunicam entre si para integração de dados e produção de informação clínica.

Nos hospitais, os enfermeiros são reconhecidos como os profissionais que mais tempo passam junto do

doente e a quem mais compete a função de vigilância contínua dos doentes. Esta função é crucial para o despiste precoce de complicações e ativação da intervenção de outros profissionais de saúde (Doyon & Raymond, 2023).

O papel e responsabilidade dos enfermeiros na promoção e garantia da segurança dos doentes vai, no entanto, para além da função de vigilância. Castilho (2014) pesquisou e concluiu pela ocorrência de eventos adversos também associados a outras práticas dos enfermeiros.

O peso dos danos associados à prestação de cuidados impacta diretamente nos utentes dos cuidados de saúde, nos respetivos contextos familiares e profissionais, comportam custos financeiros extra para o sistema de saúde e para a economia global dos países e não deixam indiferentes os profissionais envolvidos em incidentes de saúde ou que atuam em contextos de práticas menos seguros, no que concerne à sua saúde física e mental (Serranheira, 2010; Majrabi, 2022).

A OMS (2024), mediante a publicação do *“Global Patient Safety Report 2024”*, divulgou ao mundo os progressos já obtidos e reforçou que a segurança é um componente essencial para alcançar a cobertura universal de saúde.

As evidências apontam que os cuidados de saúde não são isentos de risco para os doentes e que uma multiplicidade de fatores de índole sistémica, bem como as características dos profissionais de saúde, influenciam a qualidade dos cuidados dos processos assistenciais e dos resultados em saúde.

De acordo com Gama e Saturno (2017), a segurança do doente pode e deve ser perspectivada mediante três abordagens: a abordagem epidemiológica, a gestão de riscos e a abordagem da gestão da qualidade.

O peso dos danos associados à prestação de cuidados impacta diretamente nos utentes dos cuidados de saúde, nos respetivos contextos familiares e profissionais, comportam custos financeiros extra para o sistema de saúde e para a economia global dos países e não deixam indiferentes os profissionais envolvidos em incidentes de saúde ou que atuam em contextos de práticas menos seguros, no que concerne à sua saúde física e mental (Serranheira, 2010; Majrabi, 2022).

O conhecimento dos fatores de risco sistémicos e dos imputáveis ao contexto específico das práticas, permite implementar medidas de gestão de risco e redesenhar os processos de prestação de cuidados numa perspetiva de melhoria contínua.

Enquanto enfermeira, sinto-me particularmente motivada por estudar a influência dos enfermeiros nos resultados de saúde dos doentes hospitalizados, tendo perfeita noção de que existem fatores que, de forma variável, influenciam as suas práticas.

A cultura organizacional, pelo poder de agregação e de abrangência, afeta a forma de estar e atuar do

profissional individualmente e enquanto membro de equipa(s) de saúde e elemento da organização.

Na perspetiva da segurança dos doentes, a cultura organizacional é descrita na literatura como um fator de relevo nos desenhos dos contextos e dos processos que conduzem à operacionalização dos cuidados de saúde, pelo que deve ser considerada uma variável nos estudos que versam esta temática. Desde 2011 que Eiras vem demonstrando o peso da cultura organizacional na segurança dos cuidados de saúde prestados nos hospitais portugueses, a qual tem sido objeto de avaliação regula a nível nacional (DGS, 2011,2020).

Por sua vez, Castilho, desde 2014 que evidencia o quanto as práticas dos enfermeiros são importantes para que os resultados de saúde para os doentes sejam os desejados.

Para Gama e Saturno (2017), a segurança do doente pode e deve ser perspetivada mediante três abordagens: a abordagem epidemiológica, o gerenciamento de riscos e a abordagem da gestão da qualidade.

O presente estudo tem por finalidade explorar e descrever a influencia exercida pelas características dos enfermeiros e pela cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e nas práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes e persegue os seguintes objetivos de pesquisa:

- analisar a influência das características dos enfermeiros no risco de ocorrência de eventos adversos e na avaliação das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.
- analisar a influência da cultura de segurança organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e na avaliação das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.

A estrutura da dissertação assenta numa organização por capítulos, precedidos pela introdução. Para a sua elaboração, recorreu-se a bases de dados de acesso livre, nomeadamente centros de documentação académicos, repositórios científicos de acesso aberto de Portugal e pesquisa em bases de dados de acesso restrito, nomeadamente B-on. Pela especificidade da temática e a sua estreita relação com a OMS e a DGS, destas organizações foi obtido um importante contributo teórico, ao qual se acedeu através dos respetivos *sítes*. Também foi efetuada pesquisa na Escola Nacional de Saúde Pública, parceira da DGS na investigação da realidade nacional sobre segurança dos doentes submetidos a cuidados de saúde.

O primeiro e segundo capítulos são dedicados à teorização do nosso objeto de estudo. No primeiro capítulo, descrevemos, de forma sucinta, o movimento internacional da segurança dos doentes, as estratégias nacionais de implementação das orientações técnicas da OMS e resoluções europeias mais impactantes nas políticas de saúde nacionais, explicitamos os conceitos utilizados à luz da taxonomia de segurança dos doentes e continuamos com uma incursão nas teorias explicativas acerca da gênese dos

eventos adversos associados aos cuidados de saúde.

Concluimos o capítulo com a abordagem dos eventos adversos mais diretamente relacionados com as práticas dos profissionais de enfermagem.

O segundo capítulo descreve a forma como os contextos das práticas de cuidados de saúde são determinantes nos processos de prestação de cuidados e resultados para os doentes. Focamos a cultura organizacional, de importância reconhecida em qualquer tipologia organizacional e de importância reconhecida na saúde pela sua ação agregadora, os procedimentos de boas práticas em enfermagem, tecnicamente reconhecidos pela ação preventiva do risco de ocorrência de eventos adversos e, terminamos o capítulo com a abordagem das dotações seguras em enfermagem, enquanto documento normativo técnico da Ordem dos Enfermeiros com relevância para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

No terceiro capítulo, consta a parte empírica, onde descrevemos a metodologia de investigação aplicada e explicitamos os aspetos éticos considerados e respeitados.

O quarto e quinto capítulos são dedicados à apresentação e discussão dos resultados tendo por base as hipóteses de investigação formuladas.

Finalizamos com a conclusão, na qual efetuamos uma síntese global do percurso de investigação, principais resultados e algumas considerações acerca das possíveis implicações para a enfermagem, áreas da gestão, da prestação de cuidados e formação.

Da dissertação constam ainda as referências bibliográficas e os anexos.

Neste trabalho, optamos pelo uso do termo doente para designar a pessoa que se submete a cuidados de saúde em congruência com o Plano Nacional de Segurança vigente, anteriores e respetiva transversalidade.

2. A segurança dos doentes submetidos a cuidados de saúde

Neste capítulo, procuramos descrever como os resultados indesejados dos cuidados de saúde deram origem a um movimento mundial, gradual, mas consistente, que coloca em causa sistemas de saúde, organizações, profissionais de saúde e já envolveu os doentes e os cidadãos em geral e levaram a OMS e os governos dos países membros a desencadear ações conjuntas promotoras da mitigação de danos e melhoria de processos de cuidados de saúde.

Visando o entendimento preciso da narrativa, descrevemos os conceitos da taxonomia internacional do doente utilizados nesta dissertação e, em conformidade com Gama e Saturno (2017), procuramos explicitar, numa perspetiva epidemiológica, as causas que contribuem para que a segurança do doente seja considerada problemática.

O capítulo termina com a abordagem dos eventos adversos mais consensualmente imputados à ação dos enfermeiros, em congruência com o nosso foco de estudo.

2.1. Percurso do movimento da segurança dos doentes

Hipócrates (460 a 375 a.C.) e Florence Nightingale (sec. XIX), duas referências mundiais para os profissionais de saúde, expressaram preocupações relativamente aos resultados indexados aos cuidados de saúde prestados nas respetivas épocas.

Hipócrates apelava à reflexão ética quando recomendava aos médicos de então “*Primum non nocere*” (primeiro não cause dano). Florence Nightingale, imputava ao ambiente, parte do sucesso /insucesso da assistência médica prestada, tendo conseguido provar que a implementação de ações de melhoria das condições higiénicas ambientais, detinham impacto positivo na sobrevivência e recuperação dos feridos da guerra da Crimeia.

Ignaz Semmelweis (1847), médico húngaro, relacionou a febre puerperal e as mortes maternas associadas com as deficientes condições de higiene, principalmente da higienização das mãos dos médicos e dos instrumentos médicos. Por tal facto, é, atualmente, considerado o pai do controlo da infeção embora, na sua época, tenha sido não só ignorado como considerado louco.

Ernest Amory Codman (1869-1940), cirurgião que, em contexto hospitalar privado, analisou e classificou os erros médicos, deu um forte, mas ignorado contributo, à época, para a compreensão dos fatores subjacentes: falta de conhecimento ou habilidade técnica, julgamento cirúrgico inadequado, falta de cuidados ou equipamento e falta de competências para diagnosticar.

Desde a década de 1960 que alguns estudos, sobretudo britânicos, indicaram resultados danosos para os doentes decorrentes da submissão a cuidados de saúde. No entanto, será consensual referir que a

publicação do relatório *To Err is Human* (IOM, 2000), constituiu o marco internacional em termos de alerta para o quão crítica era a segurança dos doentes nos Estados Unidos da América devido a eventos adversos (EA), provocados na maioria das vezes a partir de erros médicos cometidos.

O conceito de segurança dos doentes foi, definido pela OMS (2009), como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O risco é intrínseco aos cuidados de saúde sendo que o nível de exposição dos doentes ao risco é alarmante à luz dos factos conhecidos. Os dados publicados revelaram que, entre 44 000 e 98 000 americanos, poderiam morrer, por ano, devido a erros no sistema de saúde (Fragata, 2011). Realidades semelhantes foram reportadas por outros países, nomeadamente no Reino Unido (*An Organization with a Memory*, 2000).

Estudos internacionais realizados revelaram a dimensão, natureza e do impacto dos EA ocorridos, os quais impulsionaram a investigação na área, não só pelos casos de morte e graves danos de doentes como também pelo impacto social, económico e político fortemente negativo.

Segundo Sousa e colaboradores (2011), a maioria dos estudos realizados sobre a ocorrência do erro privilegiaram a incidência e de prevalência, baseados em informação contida nos processos clínicos. Os dados obtidos evidenciaram, em hospitais, taxas de incidência de EA que variáveis entre os 3,7 % e os 16,6 % sendo que, 40% a 70% desses EA seriam passíveis de serem prevenidos ou evitáveis.

Mansoa e colaboradores (2011), num estudo de investigação realizado em 2008, no qual conhecer a dimensão dos EA nos hospitais públicos de Portugal Continental, concluiu terem ocorrido EA em 2,5% dos episódios de internamento hospitalar, os quais foram, maioritariamente, classificados como diagnósticos secundários de internamento e os quais implicaram aumento do tempo e custos de internamento.

Um estudo nacional realizado em 2009 pela Escola Nacional de Saúde Pública, evidenciou 11,1% de EA nos hospitais portugueses, com uma percentagem de 53,2% de EA evitáveis (Sousa et al, 2014).

Em Portugal, segundo dados do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), o qual foi implementado pela DGS em 2013, até ao final do 4º trimestre de 2019, foram efetuadas 9 079 notificações de incidentes de segurança do doente, das quais, 8 610 foram realizadas por profissionais de saúde e 469 realizadas por cidadãos.

Alguma da evidência disponível sugere que a insegurança dos cuidados de saúde constituía um problema de âmbito mundial, tendo a OMS assumido um papel chave na procura soluções replicáveis em qualquer ponto do mundo e em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, ao mesmo tempo que incentivou e apoiou os estados-membros na investigação das próprias falhas e na definição de estratégias

locais facilitadoras da implementação das medidas promotoras de cuidados de saúde mais seguros.

Das iniciativas da OMS que constituíram marcos internacionais para a Segurança do Doente, referimos:

- a 55ª Assembleia Mundial da Saúde (2002), na qual procurou sensibilizar todos os Estados Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de saúde.

- a criação, em 2004, da *World Alliance for Patient Safety*, a qual fomentou uma política mundial de segurança de promoção da segurança dos doentes submetidos a cuidados de saúde bem como de implementação de medidas de ação concretas face aos problemas detetados.

Do trabalho realizado pela *World Alliance for Patient Safety*, destacamos o programa “*Patients for Patient Safety*”, o qual deu voz aos doentes, os desafios Globais de Segurança do Doente: *Clean Care is Safer Care*, *Safe Surgery Saves Lives* e *Medication Without Harm*, respetivamente em 2005, 2008 e 2017, os quais foram lançados na perspetiva de desafios mundiais para doentes, profissionais e organizações de saúde e, mais recentemente, o Plano de Ação Mundial para a segurança do doente 2021-2023, o qual assenta nos seguintes sete objetivos estratégicos: desenvolvimento de políticas de saúde para eliminar danos evitáveis, criação de sistemas de saúde de elevada confiança, garantia da segurança dos processos clínicos, envolvimento e capacitação de doentes e das famílias, motivação, educação e capacitação dos profissionais de saúde, garantia de informação de investigação e desenvolvimento de parcerias, sinergias e a solidariedade;

- a Recomendação 55.18 a qual visa promover os sistemas de notificação sobre a segurança dos doentes;

- a publicação, em 2009, da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente, designada de *Conceptual framework for the international classification for patient safety* (título original), a qual, por consistir num documento de consenso de peritos internacionais, constituiu um documento de referência mundial sobre a forma como os incidentes de segurança deveriam serem perspetivados para fins de registo, análise e comparabilidade;

- a publicação, em 2020, do relatório *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance*, onde expressa a relevância da notificação dos incidentes de segurança e da aprendizagem com os erros;

- o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, o qual reforça a importância da notificação e da aprendizagem com os erros para que os cuidados de saúde se tornem mais seguros.

Das orientações da OMS, resultaram também diretivas comunitárias, nomeadamente a Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu, a qual foi transposta para a realidade portuguesa e com impacto visível no escrutínio de resultados a que os hospitais com modelo de gestão empresarial ficaram particularmente sujeitos, desde a sua criação em 2006.

A nível nacional, constituíram marcos de ação no âmbito da promoção de cuidados de saúde mais seguros:

- a publicação, pela DGS em 2011 da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente (CISD) sob a forma de um Relatório Técnico intitulado Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente;

- a definição da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2009-2014 (OMS, 2009) da qual emergiram as Comissões da Qualidade e Segurança (CQSD) em todas as entidades de cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo por finalidade, propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança;

- a definição da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020, a qual define que como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” e onde é explicitamente referido que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis...” e que o reforço da segurança dos doentes constitui uma prioridade estratégica de atuação (OMS, 2015);

- o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020, o qual definia nove objetivos estratégicos enquadramentos das ações a realizarem nas organizações de saúde promotoras das boas práticas de segurança do doente. Os objetivos estratégicos consistiam em: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança cirúrgica, aumentar a segurança na utilização da medicação, assegurar a identificação inequívoca dos doentes, prevenir a ocorrência de quedas, prevenir a ocorrência de úlceras por pressão, assegurar a prática sistemática de notificações, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e resistências aos antimicrobianos;

- o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, o qual visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, em particular no SNS e abrangendo todos os contextos de saúde atuais, incluindo como o domicílio e a tele saúde.

O PNDS 2021-2026 está estruturado em cinco pilares, aos quais estão agregados 14 objetivos estratégicos.

- Pilar 1. Cultura de Segurança:

Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente;

Avaliar a cultura de segurança;

Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

- Pilar 2. Liderança e Governança:

Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026;

Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local;

- Pilar 3. Comunicação:

Otimizar a comunicação intra e interinstitucional;

Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados;

Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

- Pilar 4. Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança:

Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica;

Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica.

- Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros:

Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde;

Monitorizar a implementação de práticas seguras;

Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).

O sucesso do plano nacional de segurança no vigente é garantido, na medida em que, as instituições de saúde desenvolvem ações locais conducentes à concretização das seguintes metas nacionais a alcançar em 2026:

- 95% de instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente;

- 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde realizarem, pelo menos, uma ação de sensibilização anual dirigida aos doentes, famílias e cuidadores;

- 70% das instituições hospitalares e 100% das unidades de Cuidados de Saúde Primários contratualizarem indicadores da segurança do doente;

- 95% dos serviços e/ou estabelecimentos integrados no SNS realizarem registos eletrónicos das notas de alta e notas de transferência e 100% dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) detiverem acesso a todas as notas de alta das entidades hospitalares;

- 90% das instituições de prestação de cuidados de saúde procederem a monitorização e realização de

- auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde;
- 85% das instituições prestadoras de cuidados de saúde com mecanismos implementados que permitam avaliar, monitorizar e auditar a perceção do doente sobre o consentimento informado e esclarecido, bem como da informação transmitida;
 - 70% das instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS incluírem a notificação de incidentes de segurança do doente nas metas de contratualização bem como o compromisso de aumentar em 20% a notificação de incidentes de segurança;
 - 90% das instituições de saúde utilizarem ferramentas de controle e monitorização das práticas seguras, incluindo os cuidados prestados no domicílio;
 - 90% das instituições de saúde com estratégias definidas para a implementação de práticas seguras;
 - 90% das instituições de saúde com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados no site institucional;
 - 95% das unidades hospitalares com vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM;
 - 95% das unidades hospitalares com o PAPA (Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos) implementado;
 - Redução em, pelo menos, 30% as IACS;
 - Reduzir em, pelo menos, 10% a taxa de *Klebsiella Pneumoniae* resistente aos carbapenemes;
 - Reduzir em, pelo menos, 10% o consumo de antibióticos em ambulatório;
 - 95% das unidades de saúde com adesão ao primeiro momento da higiene das mãos.

2.2. Conceitos chave da taxonomia da segurança dos doentes

A CISD (OMS, 2009), foi concebida, segundo os autores “para ser uma convergência genuína das perceções internacionais dos principais problemas relacionados com a segurança do doente e para facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados aos doentes”. Para tal atingir esse desiderato, integra uma ampla gama de conceitos de segurança do doente, com os quais as classificações regionais e nacionais existentes possam identificar-se.

Visando a adequada apreensão do significado dos conceitos utilizados nesta dissertação, em conformidade com a versão portuguesa da CISD publicada pela DGS (2011), sob a forma de relatório técnico, passamos à explicitação dos mais relevantes e utilizados nesta dissertação:

- Doente: O indivíduo que recebe cuidados de saúde;
- Cuidados de saúde: serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restaurar a saúde;

- Saúde: a CISP recorre à definição da OMS, a qual a define como o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não só a mera ausência de doença ou enfermidade;
- Classificação: é uma combinação de conceitos (portadores ou incorporadores de significado) e classes (grupos ou conjuntos de elementos semelhantes, por exemplo, fatores contribuintes, tipos de incidentes e consequências para os doentes) e a sua subdivisão, ligados para expressar as relações semânticas entre eles (a forma como estão associados entre si na base dos seus significados);
- Segurança do doente: redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo;
- Dano associado ao cuidado de saúde: dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente;
Implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico;
- Incidente de saúde: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente;
- Tipo de incidente: é uma categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados de acordo com características comuns e é uma categoria “mãe” sobre a qual se podem agrupar diversos conceitos;
- EA: é um incidente de saúde que resulta em danos para o doente;
- Fator contribuinte: circunstância, ação ou influência (que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente);
- Quase evento (*near miss*): um incidente que não alcançou o doente;
- Evitável (ou prevenível): aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias;
- Consequência para o doente: o impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente;
- Evento sentinela: ocorrência inesperada ou variação que implica morte, dano grave físico ou psicológico ou risco disso;
- Grau de danos: a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente. A classificação do grau de danos é a seguinte:

Nenhum - A consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detetados e não necessita tratamento;

Ligeiro - A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento);

Moderado - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causou danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções;

Grave - A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções;

Morte - No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

- Resiliência: relaciona-se com o grau com que um sistema continuamente impede, deteta, atenua o dano ou reduz perigos ou incidentes;

- Qualidade: grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual;

- Falha do sistema refere-se a uma falha, avaria ou disfunção no método operacional, nos processos ou infraestruturas da organização.

Os fatores que contribuem para a falha do sistema podem ser latentes (escondidos ou com a capacidade de iludir), ou aparentes e podem estar relacionados com o sistema, a organização, um membro do pessoal ou um doente;

- Melhoria do sistema: é o resultado ou produto da cultura, processos e estruturas que são dirigidos à prevenção das falhas do sistema e melhoria da segurança e qualidade;

- Risco: probabilidade de ocorrência de um incidente;

- Análise da causa raiz: um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e repetindo “porquê” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes.

2.3. Epidemiologia dos eventos adversos associados aos cuidados de saúde

De acordo com Sousa e colaboradores “atualmente, parece existir forte consenso no facto de que o conhecimento da magnitude (frequência) dos EA e sua natureza e impacte é um fator crucial para a implementação de estratégias com vistas à melhoria da segurança do paciente ... De igual forma, a identificação dos fatores que contribuem ou potenciam a ocorrência de erros ou incidentes é fundamental para que se possa atuar no sentido da mitigação dessas ocorrências” (2019, p. 111). Na mesma linha

de pensamento, a qual é congruente com a perspetiva epidemiológica de conhecer a distribuição de casos e analisar os fatores determinantes, importa conhecer os incidentes de segurança em saúde, os danos resultantes, as circunstâncias em que ocorreram e os fatores contribuintes.

Em termos de categorização, os incidentes de segurança dos doentes, de acordo com a CISD (OMS, 2009; DGS, 2011), agrupam-se nas seguintes tipologias:

- Administração clínica;
- Processo/procedimento clínico (diagnóstico, avaliação, procedimento/tratamento, outros);
- Documentação (registos de enfermagem, registos médicos, relatórios clínicos e outros documentos);
- Infecções associadas aos cuidados de saúde;
- Medicação/fluidos endovenosos medicamentos LASA - *Look Alike Sound Alike*, dose, preparação, outros;
- Sangue/hemoderivados;
- Dieta/ alimentação;
- Oxigénio/gás/vapor;
- Dispositivos /equipamento médico;
- Comportamento (de profissionais e doentes);
- Acidente do doente (onde se incluem as quedas e as úlceras de pressão, mas também outros incidentes);
- Infraestruturas/edifícios/instalações;
- Recursos/gestão organizacional.

Os últimos dados publicados pela DGS (2019), através do relatório do progresso de monitorização, revelam que as três tipologias de incidentes mais notificada pelos profissionais de saúde foram os acidentes com o doente, os recursos/gestão organizacional e medicação/fluidos endovenosos.

De acordo com Sousa e colaboradores (2019), dados oriundos de estudos internacionais, revelam que os incidentes de segurança que mais originam EA são os incidentes com os medicamentos (nas diferentes fases do circuito do medicamento, desde a prescrição até a administração), os procedimentos cirúrgicos (cirurgia no local errado, deiscência), o atraso ou falha no diagnóstico ou no tratamento as infeções associadas aos cuidados de saúde; as quedas e as úlceras de pressão.

O recente relatório da OMS de monitorização da implementação do PNSD 2021-2030, denominado *Global Patient Safety Report 2024*, evidencia a continuação da ocorrência destes incidentes e, ainda, que o peso dos mesmos afeta de forma diferenciada as populações em função das respetivas localizações geográficas mas também pessoas e grupos sociais com base em fatores de vulnerabilidade como sexo, idade, raça, etnia, pessoas com situações de saúde mais complexas devido a co-morbilidades

associadas, níveis e tipologias de cuidados onde são cuidadas. O mesmo relatório também destaca os problemas específicos da infeção associada ao uso de cateteres centrais e vesicais, do tromboembolismo venoso, da sepsis, dos dados decorrentes das transfusões de sangue e da inadequada identificação dos doentes (OMS, 2024). De salientar que, ainda de acordo com o mesmo relatório, o mesmo descreve uma prevalência de 10% de eventos adversos nos hospitais e 7% nos cuidados de saúde primários, dos quais respetivamente 5% e 3% seriam evitáveis com margem de dúvida para os cuidados de saúde primários devido o reduzido número de estudos (OMS, 2024).

A DGS tem emanado normas de orientação clínica para a prevenção de todos os incidentes referidos, aos quais acresce uma norma para prevenir incidentes relacionados com a comunicação em saúde (DGS, 2017).

Os processos de comunicação em saúde, no que respeita à comunicação entre profissionais de saúde e doentes e entre os próprios profissionais estão na base da ocorrência de múltiplos eventos adversos documentados. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades. Os motivos identificados estão relacionados com a pressão do trabalho, fatores de distração inoportunos, escassa literacia dos intervenientes e falta de competências de comunicação por parte dos profissionais de saúde.

Os momentos de transição de cuidados são particularmente críticos para a ocorrência de incidentes, nomeadamente a transição entre níveis de cuidados dentro do hospital ou entre hospital, outras instituições ou entre hospital e cuidados de saúde primários. Nestes momentos, estão incluídas as passagens de turno entre enfermeiros (*handover*). A DGS recomenda a utilização da técnica ISBAR como forma de promover a comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados de saúde, para segurança do doente. ISBAR designa uma ferramenta de padronização de comunicação em saúde reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados, a qual recorre ao uso da mnemónica ISBAR: em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

As cartas de alta e de transferência, com conteúdos de integração recomendada e alta estruturadas no Registo de Saúde Eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico, visam diminuir o risco de omissão de informação pertinente para a continuidade de cuidados (OMS, 2013).

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde desenvolvido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o qual avalia nos hospitais as seguintes dimensões da qualidade: a excelência clínica, a segurança

do doente, a adequação e conforto das instalações e a focalização no utente. Os dados são fornecidos pelas instituições de forma oficial e normalizada, mas sujeitos a posterior auditoria *in loco*.

A avaliação de cada hospital incide sobre procedimentos de segurança, enquanto indicadores de estrutura (cultura de segurança, identificação e alta dos doentes, comunicação e informação, segurança na medicação, cirurgias seguras e identificação de riscos) e sobre os eventos adversos ocorridos enquanto indicadores de resultados.

O SINAS obtém os indicadores nacionais, a partir da base de dados da morbilidade hospitalar detida pela Administração Central dos Serviços da Saúde (ACSS).

Os indicadores nacionais de eventos adversos associados à prestação de cuidados de saúde hospitalares são os seguintes:

- Mortalidade em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) de baixa mortalidade;
- Úlcera de pressão de estágio III e IV;
- Infecção nosocomial (infecção associada à colocação de cateter venoso central);
- Fratura da anca após queda em ambiente hospitalar;
- Hemorragia ou hematoma no pós-operatório;
- Infecção nosocomial (sépsis no pós-operatório);
- Deiscência de sutura;
- Perfuração ou laceração accidental.

Para Fragata (2011), os incidentes de segurança, com ou sem dano para o doente, ocorrem, frequentemente, devido a erros cometidos pelos profissionais de saúde, teoria que obtinha consenso.

Ainda, segundo Fragata, os profissionais de saúde cometem erros “honestos”, ou seja, involuntários e não oriundos de ações negligentes. Faltava ainda conhecer os factos que levavam os profissionais de saúde a cometerem erros e como estes evoluíam para incidentes com dano para os doentes. Conhecimento esse necessário para viabilizar intervenções adequadas sobre as causas e, posteriores intervenções corretivas.

A investigação realizada desde a década de 1990, foi crucial para introduzir o paradigma vigente na aviação: investigar os erros e compreender que a real causa de um evento adverso em saúde residia num erro humano integrado numa complexa interação, processos, relações nas equipas, comunicação, comportamentos humanos, tecnologia, cultura da organização, normas e políticas, e ambiente operativo (OMS, 2021).

Reason (2004), citado por Fragata (2006, 2011), Castilho (2014), explica através de um modelo teórico, o qual designou de “queijo suíço”, como os erros operacionais cometidos pelos profissionais, podem dar

origem a um EA quando as condições organizacionais são facilitadoras e não existem barreiras interpostas. Este autor, coloca a tónica no indivíduo enquanto causador de erro (erros individuais), de uma forma involuntária e não negligente. O indivíduo erra devido às condicionantes do sistema (desenho, estrutura física, organização) características do contexto (equipa, comunicação, hierarquia, liderança, stress, fadiga, entre outras), daí os conceitos de falhas ativas e latentes do modelo de Reason.

Falhas ativas imputáveis ao indivíduo: lapsos, falhas ou enganos, violação negligente de regras.

Falhas passivas ou latentes imputáveis à instituição: condicionantes do sistema e características do contexto que, por si só, não causam incidentes, mas propiciam a sua ocorrência.

Falhas de defesas: barreiras ao acidente designadamente orientações escritas, dupla verificação, alarmes.

Em analogia com o queijo suíço, o erro individual (falha ativa) concretiza-se devido à existência de uma ou mais falhas passivas existentes e nenhuma barreira interposta.

Este modelo foi amplamente aceite no ambiente da saúde, também ele muito complexo, segundo o próprio Reason.

- Modelo SEIPS (Modelo de Desenho dos Sistemas de Trabalho) cujas sucessivas versões, em comum, referem como os fatores humanos, os processos e as condições de trabalho interferem com a qualidade dos cuidados de saúde e segurança dos doentes e profissionais, cujo modelo mais recente, para além das componentes comuns a todas as versões, condições de trabalho, processos e resultados, inclui o conceito de jornada do doente (Carayon et al., 2019). O modelo evoluiu do foco na atenção de tarefas isoladas realizadas pelos profissionais de saúde para o foco no processo global da prestação de cuidados de saúde, operacionalizados nos cuidados de saúde diários;

- Modelo HFMEs (*Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*): é uma ferramenta que permite identificar potenciais riscos de falhas na execução do trabalho. No caso da saúde, a ferramenta foi aplicada no estudo do erro médico através da análise da forma como realizam a respetiva função. Esta ferramenta analisa a falha, as causas e a forma de controlo visando prevenir novas ocorrências.

Seria de supor que os sistemas de saúde fossem altamente seguros e fiáveis, no entanto, a realidade mostra que os profissionais, enquanto humanos, são falíveis e cometem erros, sendo que muitos desses erros são consequências das condições, pessoais e ambientais, em que exercem. “Não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que os humanos trabalham” (Reason, 2000, pp. 768-770, citado por Eiras, 2017).

Eiras (2011), autora da versão portuguesa do Questionário Hospitalar Sobre Política de Segurança do Doente, utilizado na pesquisa integrada neste trabalho, explorou o enquadramento teórico dos modelos

explicativos da problemática do erro cometido por profissionais de saúde propostos por SHELL (Modelo Explicativo dos Fatores Humanos do Erro), Helmreich (2000) (Modelo de gestão da ameaça e do erro), Rasmussen, (1983) (Modelo do desempenho humano) e Reason (2000) (Modelo do “queijo suíço”).

Castilho (2014), mencionou quatro modelos explicativos da segurança do doente: modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, o Modelo de “queijo suíço” de Reason, o Modelo de desenho dos sistemas de trabalho “SEIPS” e o Modelo de efetividade dos cuidados de enfermagem.

Reason (2004), recorreu à analogia com as fatias do queijo suíço para explicar como um erro pode desencadear um incidente ou pode ser travado por uma barreira e não passar de um quási incidente. Segundo Reason (2003), os seres humanos cometem erros e os sistemas de saúde têm falhas latentes pelo que devem existir barreiras a bloquear a falha humana. A sua inexistência propicia que o erro humano se propague de forma alinhada com as falhas do sistema, daí a comparação com o queijo suíço, onde os buracos do queijo são as falhas do sistema que o erro consegue penetrar.

Na área da enfermagem existe uma ferramenta, designada de TERCAP (*Taxonomy of Error, Root Cause Analysis, and Practice Responsibility*) (Benner et al., 2002), a qual permite estudar as circunstâncias do erro cometido por enfermeiros.

De reconhecido impacto a nível local, principalmente são os fatores relacionados com a organização e serviços (protocolos/procedimentos, processos, decisões de gestão, a cultura, a organização das equipas, os recursos e a carga de trabalho, os quais afetam o ambiente de trabalho tornando-o mais ou menos favorável para o desempenho seguro dos profissionais.

Em relação a estes, estão documentados os seguintes fatores como detento influência na segurança dos cuidados: os fatores cognitivos, designadamente a capacidade de perceção/compreensão e de resolução de problemas baseada no conhecimento, fatores do desempenho, onde se incluem os erros, os lapsos e os esquecimentos, fatores comportamentais ou antes alterações do comportamento esperado relacionadas com problemas de atenção, fadiga, exaustão, adoção de comportamentos negligentes ou de risco, fatores de comunicação traduzida em deficiente comunicação quer com outros profissionais quer com os doentes, fatores fisiopatológicos (doença e abuso de substâncias), fatores emocionais e ainda fatores de índole social.

De acordo com Sousa e colaboradores (2014), é importante caracterizar os incidentes de segurança dos doentes, avaliar a frequência e a tipologia dos EA, bem como identificar os fatores que contribuem para a sua ocorrência. Este conhecimento permite delinear estratégias de ação preventivas e, ainda, planos de ação de gestão dos riscos clínicos visando a mitigação do impacto dos incidentes quando o risco apenas pode ser gerido e não eliminado.

Compreender as circunstâncias subjacentes ao erro ou “quase erro” é importante para a gestão do risco, mas também para a implementação de estratégias promotoras de processos de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

O modelo do “queijo suíço” de Reason (2003), apresenta de uma forma simples, no nosso entendimento, uma explicação consensual de como uma sucessão não travada de acontecimentos, culmina na ocorrência de um incidente de segurança. Outros modelos evoluíram para a definição mais específica de fatores contribuintes e determinantes quer para o incidente quer para a sua prevenção.

As seguintes estratégias estão reconhecidas como indutoras de cuidados mais seguros, sendo mesmo algumas de implementação obrigatória nos contextos de prestação de cuidados e outras requeridas nos processos de acreditação das unidades clínicas:

- mapeamento dos risco clínico de cada contexto;
- prestação de cuidados ancorados em procedimentos escritos e protocolos de boas práticas nas intervenções comuns a diferentes grupos de profissionais de saúde (ex: anafilaxia);
- existência de procedimentos escritos de atuação clínica e não clínica designadamente de prevenção de quedas e de úlceras de pressão e de identificação inequívoca de doentes, dado o potencial de eventos adversos associados. Destacamos a importância de todos os profissionais clínicos e não clínicos, afetos aos processos de cuidados de saúde, estarem conscientes para a importância da identificação inequívoca do doente.

A falha na correta identificação do doente pode resultar em incidentes graves, tais como: erros de diagnóstico, erros na colheita espécimes para análise, erros transfusionais, erros de medicação e erros em procedimentos invasivos e cirúrgicos, entre outros que podem ser enumerados (DGS, 2011).

- prática baseada na evidência;
- práticas básicas de controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e práticas baseadas na via de transmissão;
- implementação dos feixes de prevenção de infeções associadas a cuidados de saúde, designadamente, os feixes de intervenção para a prevenção da infeção da ferida cirúrgica e da prevenção associada ao cateterismo vesical e central;
- reconciliação terapêutica;
- implementação do circuito seguro do medicamento, o qual orienta os profissionais desde o armazenamento, prescrição, dispensa, preparação à administração;
- uso da *checklist* da cirurgia segura;
- Comunicação padronizada nos momentos de transição de cuidados, com ênfase na transição entre

níveis de cuidados;

- a identificação inequívoca dos doentes.

A OMS (2024), vem preconizando que a segurança deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde e de todos os contextos onde os cuidados de saúde são prestados. Deve ser equacionada numa abordagem sistémica e que inclua a perspetiva dos fatores humanos.

2.4. Eventos adversos associados às práticas de enfermagem

O papel da enfermagem na segurança dos doentes é central no âmbito da equipa multidisciplinar, não só porque cuidam dos doentes continuamente, pela qualidade dos cuidados que prestam, mas também, porque os enfermeiros assumem um papel coordenador e integrador de cuidados no âmbito das equipas multidisciplinares e na vigilância dos doentes (Ebright et al., 2003; Vaismoradi et al., 2020).

A OE, em tomada de posição pública, reconhece que os enfermeiros lidam com a segurança dos doentes em todos os aspetos dos cuidados e que, por fatores múltiplos, os cuidados que os enfermeiros prestam não são isentos de risco para os doentes, sendo, por isso mesmo, preciso fomentar uma “cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco” (OE, 2006).

De acordo com a revisão da literatura efetuada por Castilho (2014) e na informação que recolheu na *National Database of Nursing Quality Indicators* (2010), na *Agency for Healthcare Research and quality* (2002,2003) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento económico (OCDE), Castilho constatou que as quedas, as úlceras de pressão e alguns tipos de infeções adquiridas no hospital, especificamente as infeções urinárias decorrentes do cateterismo vesical, as infeções da corrente sanguínea associadas a cateter central e as pneumonias em doentes ventilados e os erros de medicação (administração ao doente errado, via de administração errada, dose errada, fármaco errado, preparação errada, horário errado), constituem indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em relação aos erros cometidos por enfermeiros, Castilho fundamentou-se em Benner et al (2010), autores da TERCAP que agruparam os erros em oito categorias: administração segura da medicação, documentação, atenção/vigilância, raciocínio clínico, prevenção, intervenção, interpretação de ordens de prestador autorizado, responsabilidade profissional/advocacia do doente.

Na impossibilidade de os estudar todos, Castilho (2014) optou por estudar seis categorias de EA associados aos cuidados de enfermagem:

- i) as falhas na vigilância dos doentes/julgamento clínico;
- ii) as falhas na advocacia;
- iii) as quedas;
- (iv) as úlceras de pressão;

v) os erros de medicação;

(vi) as IACS.

Benner (2010), considera que as funções de diagnóstico e vigilância dos doentes constituem a tarefa principal de enfermagem, ainda que, por vezes, os enfermeiros não o reconheçam. A vigilância dos doentes é fundamental para precocemente despistar complicações (sendo estas um indicador global da qualidade em saúde).

Para Doyon & Raymond (2023) e citando o *American Association of Colleges of Nursing* (2020), Griffiths et al. (2022), De Meester et al. (2013), Gawlinski, (2008) e Curtiset et al. (2016), para que a vigilância tenha um impacto favorável na segurança do paciente, os enfermeiros devem possuir e aplicar as seguintes competências essenciais para a prática de enfermagem: competências de comunicação com doentes, médicos e outros profissionais de saúde; competências de julgamento e raciocínio clínico e ainda de serem capazes de sustentarem as práticas em evidências.

A OE, em tomada de posição pública, reconhece que os enfermeiros lidam com a segurança dos doentes em todos os aspetos dos cuidados e que, por fatores múltiplos, os cuidados que os enfermeiros prestam não são isentos de risco para os doentes, sendo, por isso mesmo, preciso fomentar uma “cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco” (2006).

De acordo com Castilho (2014), os erros cometidos por enfermeiros inscrevem-se nas seguintes categorias: medicação, documentação, atenção/vigilância, raciocínio clínico, prevenção, intervenção, interpretação de ordens de prestador autorizado, responsabilidade profissional/advocacia do doente. Podem, ainda, assumir as seguintes formas: erros de comunicação, erros processuais (saber o que fazer, mas fazê-lo errado), erros de proficiência (não saber o que fazer), erros de decisão e violações das políticas ou procedimentos formais.

Mansoa (2010), relacionou incidentes de segurança com erros cometidos por enfermeiros, nomeadamente nas fases de planeamento e execução dos cuidados de enfermagem.

De acordo com a revisão da literatura efetuada por Castilho (2014) e na informação que recolheu na *National Database of Nursing Quality Indicators* (2010), na *Agency for Healthcare Research and quality* (2002, 2003) e OCDE, Castilho constatou que as quedas, as úlceras de pressão e alguns tipos de infeção adquiridas no hospital, especificamente as infeções urinárias decorrentes do cateterismo vesical, as infeções da corrente sanguínea associadas a cateter central e as pneumonias em doentes ventilados e os erros de medicação (administração ao doente errado, via de administração errada, dose errada, fármaco errado, preparação errada, horário errado), constituem indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em relação aos erros cometidos por enfermeiros, Castilho fundamentou-se em Benner e colaboradores (2010), autores da TERCAP que agruparam os erros em oito categorias: administração segura da medicação, documentação, atenção/vigilância, raciocínio clínico, prevenção, intervenção, interpretação de ordens de prestador autorizado, responsabilidade profissional/advocacia do doente.

Paiva-Santos e colaboradores (2020), reportaram a existência de cuidados de enfermagem omissos nas práticas dos enfermeiros (confortar/falar com as pessoas internadas, elaborar ou atualizar os planos de cuidados de enfermagem, educar os doentes e familiares, documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada, higiene oral e vigilância adequada de doentes) por fatores imputáveis aos ambientes das práticas. Segundo os autores, prestar cuidados seguros engloba não deixar cuidados omissos.

No que concerne à enfermagem, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) defende que a segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. O mesmo Conselho refere que a melhoria da segurança dos doentes envolve um vasto espectro de ações no recrutamento, formação e retenção de profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco (...) os enfermeiros estão vocacionados para a segurança dos doentes em todos os aspetos do cuidado" (ICN, 2007, p. 6).

3. Fatores do contexto de impacto transversal na segurança dos doentes

Este capítulo tem como objetivo situar o impacto dos ambientes dos contextos de prestação de cuidados nos processos de prestação de cuidados de saúde e consequentes resultados para os doentes. Guedes e colaboradores (2023), referem que o ambiente da prática profissional é definido pela presença de características organizacionais que facilitam ou dificultam o desenvolvimento das atividades profissionais e que influenciam a satisfação dos enfermeiros com o ambiente de trabalho e a qualidade em saúde, a qual relaciona com o conjunto de atributos relacionados com a excelência profissional, o uso de eficiente de recursos, um mínimo de risco para os doentes e a elevada satisfação por parte dos mesmos.

Numminen e colaboradores (2016), igualmente citados por Guedes et al. (2023), referem que, entre outros fatores, modelo de gestão, cultura organizacional, infraestruturas e recursos humanos e financeiros, podem potenciar ou limitar, a prática de enfermagem.

Dado que a segurança dos doentes, constitui uma das dimensões em que se concretiza a qualidade em saúde, e que, dentro dos ambientes de prática, a cultura organizacional é determinante (Eiras, 2011; Pereira et al., 2024; OMS, 2024) dedicamos este capítulo à abordagem global da qualidade em saúde e aos indicadores que melhor traduzir a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros e abordagem dos efeitos da cultura organizacional na segurança dos doentes.

3.1. Política de qualidade em saúde

Ao pesquisar o termo “política”, nos dicionários da língua portuguesa, constatamos que é de amplo sentido, mas que remete para a ação e orientação de um governo sobre uma determinada matéria. Ao continuar a pesquisar, constatamos, ainda, que deriva da palavra grega *politikós*, uma derivação de polis que significa "cidade" e *tikós*, que se refere ao "bem comum".

Deste modo, compreende-se que a política de qualidade em saúde, advém, em primeira instância, das opções governativas, as quais se repercutem nas estratégias nacionais em saúde, planos de saúde e plano de segurança dos doentes. Por outro lado, as organizações de saúde, são responsáveis pela operacionalização local das políticas nacionais à luz dos referenciais da qualidade em saúde, dos quais, o Modelo ACSA, é o atualmente preconizado pelo SNS.

Dada a especificidade dos hospitais enquanto organizações, iniciamos com alguma caracterização que os diferencia. Os hospitais caracterizam-se por constituírem organizações complexas (Reason, 2004), com um modelo de funcionamento assente na burocracia profissional (Mintzberg, 2003), com profissionais diferenciados pelo alto nível de qualificações, conhecimentos e competências, os quais atuam com autonomia e /ou complementaridade, mas sempre numa dependência hierárquica e

funcional.

Duas características que caracterizam os ambientes hospitalares como complexos advêm do uso de tecnologia muito diferenciada e o perfil de competência igualmente diferenciado dos profissionais, às quais, Reason, acrescenta o facto de muitas tarefas que exigem precisão serem executadas sob pressão. A DGS (2015) referiu que a qualidade em saúde deve ser entendida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do cidadão.

Marquis e Huston (2010), citados por Guedes dos Santos et al. (2023), sugeriram entender a qualidade na área da saúde em saúde como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o doente, benefícios que se definem em função dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes.

Segundo a OMS (2020), apenas existe um entendimento comumente partilhado de conceitos básicos e de algumas dimensões que integram a qualidade. Tal não obstou a que a OMS propusesse como entendimento de qualidade em saúde “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p. 13), proposta merecedora de amplo consenso mundial, incluindo do IOM.

O conceito de qualidade, modelos, ferramentas, princípios, foi desenvolvido na indústria, no período pós segunda guerra mundial (Gomes, 2004) e tem sofrido evolução e adaptação ao contexto da saúde em função dos avanços tecnológicos da medicina no pós-guerra e consequente melhoria do nível dos cuidados de saúde (Fragata, 2006).

No entanto, a pioneira a preocupar-se com a qualidade dos cuidados de saúde nos hospitais terá sido Florence Nightingale, enfermeira, quando no séc. XIX, comparou as mortes ocorridas nos hospitais, na comunidade e entre hospitais de Londres e periferia, de forma a identificar características dos diferentes ambientes que influenciavam o resultado dos cuidados de saúde.

De realçar que a qualidade em saúde não constitui um dado adquirido em definitivo, antes um processo de melhoria contínua que exige um esforço coletivo e um comprometimento de todos os colaboradores, conforme preconizado pelo modelo ACSA de certificação dos serviços de saúde (DGS, 2016).

Uma importante característica da qualidade em saúde é o facto de ser multidimensional, ou seja, diversos atributos dos cuidados de saúde devem coexistir para que estes possam ser considerados de qualidade, em conformidade com diferentes perspetivas, nomeadamente dos utentes, dos prestadores, dos decisores políticos e dos pagadores/financiadores.

Donabedian (1966), autor de referência intemporal pelo mérito da respetiva obra, definiu que a qualidade em saúde pode ser avaliada em três vertentes: estrutura (recursos e equipamentos alocados à atividade de prestação de cuidados), processo (todas as atividades inerentes e realizadas pelos profissionais) e resultado da assistência prestada, atualmente também designados por *outcomes* em saúde. A componente estrutura abarca os recursos necessários à prestação de cuidados de saúde, incluindo os humanos. A componente processo envolve toda a tramitação inerente ao processo de cuidar e é onde se situam as interações dos diferentes profissionais com os utentes. Os resultados constituem o produto final obtido pelo utente, satisfatório ou insatisfatório na sua perspetiva.

Donabedian (2003) estabeleceu três dimensões em que se concretiza a qualidade em saúde: a dimensão técnica, a dimensão interpessoal e a dimensão ambiental (condições oferecidas em termos de conforto e bem-estar para o cliente) e definiu os sete pilares, que ainda hoje, definem a qualidade dos cuidados de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Segundo Donabedian (1980), qualidade do cuidado é o tipo de cuidado que se espera maximizar uma medida inclusiva do bem-estar do paciente, após considerar o equilíbrio de ganhos e perdas esperados que acompanham o processo de cuidado em todas as suas partes.

De acordo com o IOM (1990) a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

França (2016) referiu a existência de novos desafios na gestão da qualidade em saúde para os quais, em muito contribuiu a investigação realizada sobre a efetividade e impacto das iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do doente e, muito em particular, o movimento internacional da Segurança do Doente, com a liderança da *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004).

Segundo a OMS (2018), qualquer serviço de saúde, em todo o mundo, para ser considerado de qualidade deve deter os seguintes atributos:

- ser eficaz - fornecer serviços de saúde baseados em evidências para aqueles que precisam deles;
- ser seguro - evitar danos às pessoas a quem se destina o cuidado;
- ser centrado nas pessoas - prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores individuais.

Assim, cuidados de saúde de qualidade, serão aqueles que se revelem eficazes, focados nas pessoas, oportunos (no tempo), equitativos, integrados e eficientes.

Tais atributos dos cuidados de saúde só podem serem aferidos como existentes, quando evidenciados em métricas mensuráveis. Um dos requisitos da certificação da qualidade dos serviços clínicos consiste,

justamente, na capacidade de produzir evidências das práticas à luz dos padrões de qualidade nacionais e internacionais (DGS, 2016, 2019). Em suma, são precisos indicadores que expressem e monitorizem a qualidade dos cuidados de saúde, quer globais quer específicos, constitui, como já referido, o requisito de base para o conhecimento da realidade e o estabelecimento de objetivos estratégicos em saúde.

Atualmente, definir cuidados de saúde de qualidade implica refletir o que estes significam para os utentes, saudáveis ou doentes. O paradigma vigente, situa o utente no centro dos cuidados de saúde, sendo que o planeamento dos cuidados de saúde não deveria ser efetuado para o utente, mas com o utente (DGS, 2022).

De acordo com o Manual de *Standards* para a Certificação dos Hospitais (DGS, 2019, p. 43), considerar a “pessoa no centro do sistema de saúde e como “sujeito ativo” no que lhe respeita, implica “contemplar a perspetiva do cidadão para poder prestar um serviço que esteja de acordo com as suas necessidades, pedidos e expectativas”.

No contexto do modelo ACSA, dois *standards* obrigatórios (*Standard S 02 10.11_01 e Standard S 02 10.12_01*, p. 111) dizem respeito diretamente à segurança do doente:

- “O Hospital identifica os riscos de segurança do doente”.
- “O hospital incorpora boas práticas para prevenir incidentes de segurança”.

A prática ancorada em procedimentos padronizados visa orientar a intervenção e reduzir a variabilidade inerente ao facto de os cuidados hospitalares serem prestados por múltiplos indivíduos afetos a diferentes grupos profissionais.

Na perspetiva de fomentar a prestação de cuidados mais seguros e, decorrente de orientações da OMS e DGS, os hospitais devem, ao nível da gestão de topo e com a colaboração das suas estruturas de qualidade, definir a respetiva política de qualidade, a qual precisa de comportar a implementação das normas técnicas de boas práticas definidas pela DGS, mormente as normas referentes à segurança cirúrgica, infeções associadas aos cuidados de saúde, comunicação eficaz na transição de cuidados, quedas, úlceras de pressão, circuito seguro do medicamento, identificação inequívoca do doente e, ainda a norma de notificação e gestão de incidentes de segurança do doente (DGS, 2021).

A implementação da lista de Verificação da Cirurgia Segura e da avaliação do Apgar Cirúrgico é de aplicação obrigatória em todos os blocos operatórios do SNS e visam evitar mortes e complicações cirúrgicas. Na base da lista de verificação cirúrgica, reside o mapeamento dos principais fatores de risco subjacentes às práticas peri operatórias e respetivos critérios de superação, numa perspetiva de mitigação dos riscos e base de decisão para a tomada de decisão clínica de prosseguir ou não com o ato cirúrgico em função das conformidades ou desconformidades da lista de verificação pré-operatória

(DGS, 2009, 2013).

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um problema de gravidade crescente pela emergência de microrganismos resistentes aos antimicrobianos. As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) onde se incluem as práticas de higienização das mãos, o uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI) e a higienização dos espaços e equipamentos constituem passos simples de resultados eficazes, conforme reportado pela DGS (2012, 2013).

Os dirigentes das unidades de saúde devem garantir a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento (DGS, 2012).

Os momentos de transição de cuidados de saúde entre níveis de cuidados de saúde, constituem momentos críticos para a segurança dos doentes pela possibilidade de ocorrência de falhas na comunicação advindas de erros na transmissão de informação entre profissionais de saúde. O uso da técnica ISBAR é recomendada como uma ferramenta de padronização da comunicação que promove a eficácia da comunicação e a prevenção de eventos adversos.

As quedas dos doentes constituem incidentes de saúde com forte probabilidade de resultarem eventos adversos. Aos enfermeiros compete, no momento de admissão do doente, a avaliação do risco de queda através da aplicação da Escala de Quedas de Morse e prescritas intervenções específicas em função do nível de risco identificado. A própria norma (Norma nº 008/2019), refere um conjunto de fatores de risco para a ocorrência de quedas, para os quais, em função dos quais, todas as unidades de internamento deveriam considerar a (re)organização dos espaços físicos e a mobilização de recursos para as situações de elevado risco de queda.

As úlceras de pressão, à semelhança das quedas, constituem indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. Igualmente, no momento de admissão e com a periodicidade adequada, os enfermeiros devem avaliar e reavaliar o doente, através da aplicação da Escala de Braden e reajustar o plano de cuidados em conformidade.

Os EA relacionados com a medicação, no que concerne às práticas de enfermagem, são conhecidos e associados às fases de armazenamento, preparação, administração e vigilância dos doentes. Ao uso dos medicamentos endovenosos são associados os EA mais graves.

Um problema mais recente relaciona-se com o uso dos medicamentos de alta vigilância (MAV), para os quais, a DGS preconiza que as instituições de saúde são responsáveis por implementar práticas seguras (Norma 008/2023).

Os MAV são medicamentos que pelas suas características induzem mais facilmente ao erro e incluem os medicamentos LASA (medicamentos com nome ortográfico e /ou fonético e /ou aspeto semelhante)

e os medicamentos de alerta máximo por serem potencialmente perigosos e como tal provocarem EA mais graves, incluindo morte).

Os erros na identificação dos doentes têm potencial para gerar toda uma sucessão de incidentes sucessivos pela efetivação de atos subsequentes ao doente errado pelo que a DGS (2011) definiu os mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Todos os hospitais são fiscalizados pela ERS acerca da existência e implementação de procedimento interno específico para a identificação inequívoca do doente.

Por fim, abordamos o NOTIFICA enquanto sistema nacional implementado no SNS destinado à notificação e gestão de incidentes de segurança do doente de uso aberto a profissionais de saúde e a cidadãos. Dado ser anónimo, torna-se não punitivo pelo que pretende constituir um meio para se concretizar a aprendizagem com o erro e as situações de quase erro (*near miss*) as quais também devem ser reportadas como forma de alerta.

O programa de qualidade dos cuidados de saúde deve contemplar o hospital no seu todo, sendo que os serviços clínicos individualmente, podem desenvolver projetos próprios de melhoria contínua (ACSA, 2021).

França (2016) referiu a existência de novos desafios na gestão da qualidade em saúde para os quais, em muito contribuiu a investigação realizada sobre a efetividade e impacto das iniciativas de melhoria da qualidade e segurança do doente e, muito em particular, o movimento internacional da Segurança do Doente, com a liderança da *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004).

Conforme Pronovost, citado por França (2016), é preciso publicar os resultados dos processos de melhoria da qualidade implementados e apresentá-los em métricas consensuais e explícitas.

Os indicadores operacionalizam as métricas dos resultados podendo também serem aplicados aos processos e às estruturas (Couto & Pedrosa, 2007).

Os indicadores de qualidade adquirem importância quando se conhecem os requisitos mínimos exigidos para uma oferta de serviços/cuidados de saúde de qualidade e obtenção de ganhos em saúde. Neste pressuposto, os indicadores medem o alcance dos objetivos propostos e sinalizam as áreas que carecem de ações de melhoria.

Os indicadores podem ser utilizados para medir diferentes dimensões da qualidade em saúde, pelo que há que adequar a sua seleção à dimensão da qualidade em estudo. Esta relação releva a importância da validade do indicador, ou seja, a sua capacidade de medir aquilo que se pretende. No entanto, há que considerar os outros atributos necessários: confiabilidade (capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em circunstâncias similares), viabilidade (necessita de dados acessíveis),

relevância (resposta às prioridades definidas) e custo/efetividade (justificação do tempo e recursos materiais investidos versus resultados).

BA e colaboradores (2020), evidenciaram a importância da definição e monitorização de indicadores para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente na prevenção de mortes evitáveis. Evidências referem trabalhos em curso por parte da OMS em colaboração com os países membros (OMS, 2017) para desenvolverem estruturas sólidas e comuns que permitam uma efetiva monitorização dos processos implementados de melhoria da segurança dos doentes.

3.1.1. Indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem

A OE (2012) defende que *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, que tem um contexto de aplicação local, ... que não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (p. 6).

O documento enquadrador da qualidade dos cuidados de enfermagem e da forma como esta são os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enquanto documento orientador dos enfermeiros (e esclarecedor dos utentes acerca do que podem esperar destes profissionais) na medida em que define os quatro conceitos estruturantes da enfermagem, os focos de atenção que resultam das intervenções autónomas dos enfermeiros com o paradigma teórico vigente e os modelos organizativos da gestão dos serviços e cuidados de enfermagem.

Conceitos estruturantes da enfermagem: cuidados de enfermagem, pessoa, ambiente e saúde, os quais transcrevemos de seguida:

“Cuidados de enfermagem - o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).

“A Pessoa - a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”.

“O Ambiente - o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde”.

A Saúde - a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em

que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença” (OE, 2001, pp. 8-10).

Não podemos deixar de notar que os quatro conceitos, na relação entre si, apontam para um sistema de interação aberto no qual, a pessoa do enfermeiro e a pessoa do utente/ doente definem a qualidade da interação e a individualização dos cuidados de enfermagem.

No que concerne à operacionalização de indicadores nacionais de qualidade, a OE (2007) propôs alguns indicadores e respetivas fórmulas de cálculo, a aplicar por episódio de internamento nos hospitais e nos cuidados de saúde primários por “utente/ período”, sem prejuízo de cada contexto poderem serem adicionar outros.

A taxa de efetividade diagnóstica do risco (indicador de processo), consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram um determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período.

São indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem:

R1 – Taxa de efetividade na prevenção de complicações, a qual consiste na relação entre o número total de casos com risco documentado de um determinado problema ou complicação – que acabaram por não desenvolver a complicação e tiveram, pelo menos, uma intervenção de enfermagem implementada e a totalidade dos casos que tiveram previamente documentado o risco deste mesmo problema ou complicação, num determinado período de tempo.

R2 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais), identificáveis através da relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno/ diagnóstico de enfermagem, com intervenções de enfermagem implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/ diagnóstico, num certo período de tempo.

R3 – Taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade, que consiste na relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno (diagnóstico), com intervenções de enfermagem implementadas, foi realmente conseguido, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/ diagnóstico, num certo período de tempo.

R4 – Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem, a inquirir nos contextos locais.

Na abordagem dos eventos adversos relacionados com as práticas dos enfermeiros, é pertinente recorrer também a indicadores epidemiológicos: taxas de incidência, taxas de prevalência e de frequência de um determinado incidente para quantificar as ocorrências e investigar a hipótese causal.

Outra abordagem de intervir sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, consiste no recurso às ferramentas da gestão de risco as quais permitem identificar as circunstâncias em que os EA ocorreram.

Sempre que um incidente de segurança é conhecido, seja pela via da notificação ou outra, compete à Equipa da Gestão de Risco desencadear um processo de análise do mesmo. O método varia em função do tipo de incidente.

Métodos possíveis em função do incidente:

- análise de causa raiz: de utilização obrigatória nos casos de incidentes que resultarem em dano grave associado para o doente (EA). No processo de análise (no qual participantes interlocutores chave designado pela EGR são inquiridos os “porquês” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes;
- análise concisa. Este tipo de análise é viável de ser utilizada nos acidentes sem dano ou dano ligeiro ou moderado e culmina com a elaboração de um relatório que descreve a cronologia dos factos contribuintes, do contexto, as ações corretivas recomendadas e o plano de avaliação e divulgação;
- análise multi-incidentes. Nesta opção, os incidentes são agrupados por temas e pode ser usada para qualquer tipo de incidente. Este método de análise é preconizado ser utilizado quando o serviço ou a instituição pretende aproveitar a oportunidade de fomentar a aprendizagem da equipa com os erros.

3.1.2. Cultura de segurança organizacional

Auscultar e compreender a cultura de segurança vigente em cada contexto de prestação de cuidados é importante porque, entre outros fatores, ela influencia comportamentos dos profissionais no local de trabalho (Wiegmann et al., 2004), citado por Eiras (2001).

A cultura de segurança aplica-se tanto a profissionais como a doentes. Segundo Serranheira et al. (2009) utentes e profissionais de saúde constituem duas faces da mesma moeda.

Schein (1990), referido por Eiras (2011) na abordagem da cultura organizacional, começa por definir o conceito de organização, como sendo um grupo de pessoas que têm estabilidade e história comum, o que permite que a cultura se forme, ou seja, uma organização tem uma cultura forte porque tem uma história comum longa ou porque tem experiências intensas e importantes partilhadas.

O conceito de cultura de segurança de uma organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde (DGS, 2018).

Eiras (2011) iniciou a avaliação da cultura de segurança no contexto hospitalar e concluiu que é importante as organizações prestadoras de cuidados de saúde adotarem uma cultura de em que os profissionais tenham consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas, que estimule os profissionais a falarem sobre os seus próprios erros e que destes ocorram oportunidades de aprendizagem.

A Norma 005/2018 (DGS, 2018), emite aos hospitais uma orientação para periodicamente (2 em 2 anos) promoverem a adesão à avaliação da cultura de segurança vigente, detalha as 12 dimensões em esta se contextualiza: trabalho em equipa, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional/melhoria continua, perceções gerais sobre a segurança do doente, *feedback* e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação de eventos, trabalho entre unidades, profissionais, transições e resposta não punitiva ao erro.

A cultura constitui uma variável organizacional e “é intangível, implícita, dada como certa, e cada organização desenvolve pressupostos, compreensões e regras, que guiam o comportamento diário no local de trabalho” Bilhim (2016, p. 171). A cultura torna-se comum através de significados partilhados pelos membros da organização.

Cerejeira et al. (2023, p. 168), citando a OMS (2019, 2021), referem:

“a cultura de segurança integra atitudes, crenças, valores, habilidades e práticas dos profissionais de saúde, gestores e líderes interligados à filosofia e cultura geral das organizações de saúde. Obter uma cultura de segurança do doente forte e proactiva é relevante para as organizações de saúde, já que nela assenta a capacidade de fornecer cuidados de saúde universais e a garantia do comprometimento da própria organização, num esforço de providenciar, entre outros, infraestruturas, tecnologias e dispositivos seguros, assim como garantir profissionais qualificados e um ambiente seguro e propício à melhoria da qualidade dos cuidados.”

O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (OMS, 2022), preconiza o desenvolvimento de sistemas e organizações de saúde de alta fiabilidade como forma de, diariamente, proteger os doentes de EA.

É objetivo que, nas organizações de alta fiabilidade, cultura de segurança implica transparência, informação, liderança, abertura à comunicação, incentivo à mudança, Incentivo à aprendizagem, respeito, trabalho em equipa.

Para Bigolin (2023), uma organização de alta confiabilidade (*HRO - High Reliability Organization*, no original) é a que consegue evitar acidentes, apesar de um alto nível de risco e complexidade.

Ainda, segundo Eiras, os fatores culturais também se refletem nas práticas de gestão, nas quais assumem um papel preponderante, constituindo em si, um elemento diferenciador das organizações.

O papel dos gestores é particularmente relevante no rumo da cultura local na medida em que assumem um estilo de liderança, definem a organização e funcionamento dos serviços, as relações de trabalho, os

processos de comunicação na equipa e a perspectiva abordagem (punitiva ou de aprendizagem) dos incidentes de segurança.

Segundo Rego et al. (2018), os gestores modernos devem deter meta-competências e competências de liderança global, das quais destacamos as seguintes: da teoria dos sistemas, práticas éticas, capacidade para lidar com adversidade, delegação, capacidade para ver as *nuances* das alternativas, inteligência emocional, desenvolvimento de um clima organizacional inovador, evitamento da indecisão baseada em velhos paradigmas, criação de mudança transformacional, desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem contínua, construção de mecanismos de apoio que criem e sustentem os esforços de mudança, gestão do processo de mudança, encorajamento da mudança individual e estrutural, foco, resolução apropriada de problemas, desenvolvimento de uma cultura orientada para a equipa, apoio aos membros da equipa, desenvolvimento de equipas autogeridas.

Um conceito considerado pelos atuais gestores de recursos humanos é o de socialização a qual pode ser definida “como o processo através do qual o individuo aprende os valores, as competências, os comportamentos esperados e o conhecimento social essencial para assumir o seu papel organizacional e participar como membro pleno da organização” (Louis, citado por Rego et al., 2018).

A socialização dos colaboradores recém-admitidos é foco de atenção das organizações nos procedimentos de integração de novos colaboradores quer na organização, quer nos serviços, na medida do interesse institucional em desenvolver um profissional que corresponda às necessidades da organização. Uma socialização bem-sucedida trará um profissional com as competências técnicas desejadas e moldado à cultura organizacional e emocionalmente vinculado.

A aculturação constitui a última etapa do processo de socialização, a qual comporta, no entanto, dois importantes riscos associados: o risco de estagnação e o risco de vinculação a uma cultura desajustada. Relativamente aos fatores humanos, as HRO preocupam-se com os recursos humanos enquanto pessoas e fomentam a multidisciplinaridade, a integração e a laboração em condições favoráveis à saúde do profissional.

Fragata (2011) refere o papel preponderante dos líderes na capacidade de influenciar culturas, ambientes e comportamentos dos grupos hospitalares. Para este autor, os valores determinantes das culturas de segurança, são os valores partilhados (perceções, competências e comportamentos), os valores individuais e de grupo face à matriz da organização, a prioridade que a organização confere à segurança, a comunicação aberta, a colaboração em equipa no que à segurança respeita, a aceitação da fiabilidade e da vulnerabilidade, a consciência de risco e a antecipação de erros, a política do reporte com enfoque sistémico das causas, a revelação completa, a cultura justa, a aprendizagem com

os erros e a resiliência em matéria de segurança.

O conceito de cultura justa merece ser explicitado. Tanto no contexto da alta fiabilidade como para Reason, citado por Fragata (2011), cultura justa não significa ignorar o erro do profissional (exceto se devido a violação) mas sim culpabilizar o indivíduo e perspetivar o erro enquadrado no sistema mais lato do contexto.

Os últimos dados publicados relativamente à avaliação da cultura de segurança nos hospitais públicos e privados portugueses, teve uma taxa de adesão considerada baixa pelos promotores o que segundo os mesmos “pode ser reveladora do fraco envolvimento dos profissionais e das instituições face às questões de segurança do doente (DGS, 2015, p. 38).

Auscultar e compreender a cultura de segurança vigente em cada contexto de prestação de cuidados é importante porque, entre outros fatores, ela influencia comportamentos dos profissionais no local de trabalho (Wiegmann et al., 2004, citado por Eiras, 2011).

Recordando os modelos sistémicos da génese dos incidentes de segurança em saúde /EA, encontramos na teorização da HRO possíveis soluções para reduzir os riscos de ocorrências e promover contextos de saúde/ ambientes de práticas mais seguros.

4. Metodologia

Um método de investigação apresenta duas características: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado (Fortin, 2009).

Estabelecido o quadro teórico da temática em estudo, prosseguimos para a seleção dos materiais e dos métodos a utilizar na parte empírica, em função dos objetivos definidos para o estudo.

Fortin (2006) afirma ser viável a opção por um quadro teórico, quando já existe um corpo de conhecimento sustentado em teorias das quais se possam extrair hipótese de relação entre os conceitos ou variáveis.

Ainda segundo esta autora, distinguem-se dois tipos de enunciados de relação: os de associações e os de causalidade. O enunciado de associação exprime a evidencia ou a possibilidade de uma correlação entre variáveis e o enunciado de causalidade prediz a existência de uma relação de causa efeito entre variáveis.

De acordo com Duarte e colaboradores (2024), no processo de investigação científica existem etapas ou fases principais a percorrer pelo investigador. Inicia com a fase de planeamento, a qual compreende três secções principais: a fase de planeamento (conceção do problema de investigação, escolha da metodologia e planeamento operacional da investigação), a fase de recolha de dados e a fase de análise e comunicação dos resultados. Continuando no referencial teóricos dos mesmos autores, no planeamento da metodologia, o investigador deve pensar no tipo de desenho mais adequado para responder aos objetivos do estudo, o local onde o estudo será realizado (âmbito do estudo), a população-alvo e origem, a população em estudo, a definição operacional das variáveis e a sua medição, os instrumentos e procedimentos de colheita de dados e processo de análise de dados.

A fase metodológica, segundo Fortin (2009), assume um papel essencial na investigação científica na medida em que comporta a escolha do desenho apropriado ao problema de investigação, a seleção dos participantes e dos instrumentos de instrumentos de medida, os quais se exigem fiéis e válidos para garantir resultados credíveis.

Este estudo tem por finalidade explorar e descrever a influencia exercida pelas características dos enfermeiros e pela cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e nas práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.

Como fio condutor da investigação, colocamos a seguinte questão de partida:

- Qual a influência das características dos enfermeiros e da cultura de segurança organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e nas práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes?

4.1. Tipo de estudo e objetivos

Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental, descritivo e correlacional.

De acordo com Duarte e colaboradores (2024), os estudos descritivos podem dispensar a formulação de hipóteses, no entanto, optamos pela sua formulação, na medida em que expressam a existência de associação entre as variáveis características dos enfermeiros, cultura organizacional, práticas de enfermagem e risco de ocorrência de eventos adversos.

Neste pressuposto e à luz do quadro teórico pré-estabelecido, foram formuladas as seguintes hipóteses de associação simples:

Hipótese 1 - As práticas da enfermagem associadas à segurança dos doentes variam em função do sexo, da idade e do tempo de experiência profissional dos(as) enfermeiros(as).

Hipótese 2 - A cultura organizacional está associada à ocorrência de eventos adversos.

Hipótese 3 - A cultura organizacional influencia as práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.

O estudo visa alcançar os seguintes objetivos:

- Analisar a influência das características dos enfermeiros no risco de ocorrência de eventos adversos e na avaliação das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes;
- Analisar a influência da cultura de segurança organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos e na avaliação das práticas de enfermagem associadas à segurança dos doentes.
- Descrever como as características sociodemográficas dos enfermeiros influenciam a perceção das dimensões estudadas da cultura de segurança organizacional;
- Descrever como as características sociodemográficas dos enfermeiros influenciam a avaliação das práticas de enfermagem associadas a eventos adversos;
- Descrever como a cultura organizacional influencia a ocorrência de eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem.

4.2. População e amostra

A população alvo do estudo foram enfermeiros sendo a amostra, constituída por enfermeiros da prática de cuidados em contexto hospitalar de um hospital português do grupo B do norte de Portugal. Recorremos a uma amostragem por conveniência constituída pelos enfermeiros da entidade que se disponibilizaram para colaborar. A área de exercício funcional, constituiu o critério de seleção dos sujeitos.

Critérios de inclusão: todos os enfermeiros afetos à prestação de cuidados direta aos doentes e que

aceitaram participar no estudo, após pedido formal de colaboração e obtenção de consentimento informado assinado.

Crítérios de exclusão: enfermeiros em exercício de funções de chefia ou em cargos técnicos e, portanto, afastados da prestação de cuidados diretos aos doentes.

O estudo decorreu num hospital do grupo B da zona norte de Portugal, sendo que a recolha de dados foi realizada junto dos enfermeiros do serviço de urgência, internamentos de adulto e pediátrico, cirurgia de ambulatório e bloco operatório.

4.3. Instrumento de recolha de dados

Para a colheita de dados, ocorrida durante o período de 1 a 30 de novembro de 2018, foram utilizados dois instrumentos (questionários), cuja autorização para utilização foi solicitada e obtida das respetivas autoras (Anexos I). Os questionários e pedido de consentimento informado (Anexo II) foram entregues, de forma conjunta, em envelope fechado não identificado, ao enfermeiro chefe do serviço, ficando a cargo deste a distribuição aos respetivos enfermeiros. O número de envelopes entregue foi igual ao número de enfermeiros do serviço.

No dia 2 de dezembro, desloquei-me aos serviços, com uma “urna”, para recolha de todos os envelopes. Para estudar a cultura de segurança de, foi utilizado o Questionário hospitalar sobre política de segurança do doente (Anexo III) (Eiras, 2011), versão portuguesa do Questionário “*Survey on Patient Safety Culture*”, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (US *Department of Health and Human Services*, 2004), com o objetivo de avaliar e monitorizar a cultura de segurança do doente ao nível do serviço/unidade e do hospital, o compromisso da liderança, com a segurança do doente, o erro e a notificação de incidentes e eventos adversos.

A versão portuguesa do referido relatório avalia 12 dimensões da segurança do doente, as quais se desdobram em 42 itens.

Dimensões da cultura de segurança do doente:

- 1- Trabalho em equipa
- 2- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
- 3- Apoio à segurança do doente pela gestão
- 4- Aprendizagem organizacional-melhoria continua
- 5- Perceções 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 unidades
- 10- Dotação de profissionais
- 11- Transições
- 12- Resposta ao erro não punitiva

O questionário apresenta-se sob a forma de Escala de *Likert*, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente” ou “nunca” (1) até “concordo fortemente” ou “sempre”.

Inclui ainda 2 variáveis de item único: Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses.

Para o estudo dos eventos adversos associados às práticas de enfermagem, foi aplicada a Escala dos Eventos adversos associados às práticas de enfermagem (Anexo IV) da autoria de Castilho (2014), a qual é apresentada, sob forma de escala de *Likert*, numa escala de orientação positiva de 1 correspondente a “nunca”, a 5 correspondente a “sempre”. Trata-se de um instrumento que integra duas subescalas que avaliam seis tipos de EA na perspetiva de processo e resultado e dois indicadores de perceção geral. A subescala de eventos adversos é constituída por 12 itens, agrupados em 6 dimensões. A versão da subescala de práticas de enfermagem permite avaliar a frequência com que se realizam práticas preventivas dos EA e a frequência com que ocorrem de falhas nos processos de preparação, administração e vigilância de medicação. É composta por 41 itens agrupados em 10 dimensões de práticas. Apresenta um coeficiente de *alfa de Cronbach* global de 0.90 e valores adequados na generalidade das dimensões. Os dois itens gerais avaliam a perceção sobre o compromisso para a segurança dos doentes e a evitabilidade dos eventos adversos estudados.

A opção por estes instrumentos deveu-se ao facto de terem sido desenvolvidos e aplicados à população portuguesa, incluindo profissionais de enfermagem, portanto com potencial para comparação de resultados e a sua utilização em simultâneo. A sua utilização permitiu não só cruzar dados das práticas de enfermagem com os dados da cultura organizacional, como também aferir o peso dessa influência em termos de impacto positivo ou negativo.

Os instrumentos de colheita de dados foram entregues, em simultâneo, pela investigadora nos serviços clínicos do hospital em causa, acompanhados de envelope para devolução e caixa parcialmente fechada destinada à sua colocação após preenchimento. Junto seguia o pedido formal de colaboração e um formulário de consentimento livre e esclarecido para participarem no estudo.

Para uma população, à data da colheita de dados (2018), com 170 enfermeiros com critérios de inclusão, foram distribuídos, aos pares, 170 exemplares de cada um dos instrumentos de colheita de dados. A entrega e recolha dos instrumentos de colheita de dados foi mediada por um interlocutor de cada serviço

clínico, designado pela respetiva chefia para o processo de recolha de dados.

4.4. Plano analítico

No que concerne ao plano de análise, foi decidido iniciar a análise dos dados pela descrição dos procedimentos estatísticos, a qual consistia em realizar uma análise exploratória de dados, para as variáveis quantitativas, no sentido de averiguar se estas apresentam uma distribuição normal, pressuposto que deve estar cumprido para a utilização de estatística paramétrica. Esta análise terá por base os valores de assimetria e curtose, os resultados dos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* e a análise gráfica. Caso se verifique que nem todas as variáveis apresentem uma distribuição normal, serão utilizados, para esses casos testes não paramétricos, e estatística paramétrica quando da distribuição normal seja cumprido.

Para descrição das variáveis em estudo, será utilizada a média e o desvio padrão para variáveis quantitativas; perante variáveis que não apresentavam distribuição normal, serão também apresentadas a mediana e amplitude interquartil. Para variáveis qualitativas, serão utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%).

Será utilizado o teste *t* para amostras independentes para comparar dois grupos da variável independente, em relação a variáveis dependentes quantitativas, com distribuição normal. A homogeneidade das variâncias será testada através do teste *de Levene*. Por outro lado, para variáveis dependentes quantitativas que não cumpram o pressuposto de normalidade ou para variáveis dependentes qualitativas ordinais, será utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar dois grupos da variável independente.

O coeficiente de correlação de *Pearson* será utilizado para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas com distribuição normal e o coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas, quando pelo menos uma não cumpra o pressuposto da normalidade, ou para analisar a relação entre uma variável quantitativas e uma variável qualitativa ordinal.

Será considerado como o nível de significância estatística o valor de $p < 0.05$, correspondendo a um nível de confiança de 95%.

4.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística efetuada com recurso ao programa informático de apoio à estatística “SPSS” versão IBM SPSS *Statistics* 25.0.

Dado tratar-se de um estudo correlacional em que se pretendia prever como as características dos enfermeiros influenciam a ocorrência de eventos adversos e a avaliação das práticas de enfermagem

associadas à segurança dos doentes, foi liminarmente rejeitado o par de instrumentos de colheita de dados quando se verificava que a secção “Identificação do enfermeiro” do Questionário Hospitalar sobre Política de Segurança do Doente, não estava totalmente preenchida.

4.6. Considerações éticas

Neste estudo, foram tidos por referência os princípios bioéticos de Beauchamp e Childress (1978) nomeadamente, o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia, o direito à autodeterminação, o direito à privacidade e o direito à confidencialidade da informação pessoal dos participantes e os pressupostos constantes da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. A todos os participantes foi facultado um impresso de consentimento informado, livre e esclarecido e em duplicado, tendo sido entregue um exemplar a cada participante o qual previa de forma explícita a possibilidade de o mesmo, em qualquer momento do estudo, revogar o seu consentimento, sem que daí adviessem danos ou prejuízos para os participantes.

Foi solicitado parecer à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, conforme modelo preconizado e obtido parecer favorável (Parecer nº007/2018) (Anexo V). De igual modo foi, também, solicitada e obtida autorização do Conselho de Administração do hospital em causa para a colheita de dados a qual teve subjacentes o parecer favorável da respetiva Comissão de ética e do Encarregado de Proteção de Dados (Anexo VI).

A salvaguarda do anonimato dos participantes e da confidencialidade dos dados foi respeitada através da atribuição de um código alfanumérico a cada instrumento de colheita dos mesmos (Q1, Q2...; Q1, Q2...).

A pesquisa não comportou qualquer ónus para os participantes a nível pessoal ou profissional nem para o hospital onde decorreu o estudo. Os encargos com a pesquisa foram assumidos na totalidade pela mestranda, a qual declara não ter qualquer financiamento ou conflito de interesses que possa afetar o estudo efetuado.

5. Apresentação dos resultados

O presente capítulo é dedicado à apresentação dos resultados os quais permitem dar resposta aos objetivos do estudo e hipóteses formuladas.

5.1. Descrição da amostra

A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas a características sociodemográficas. Verifica-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino ($n = 71$, 84.5%), pertencente ao grupo etário entre os 31 e os 40 anos ($n = 30$, 35.7%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

	n (%)
Género	
Feminino	71 (84.5)
Masculino	13 (15.5)
Idade	
< 30 anos	8 (9.5)
31-40 anos	30 (35.7)
41-44 anos	17 (20.2)
>45 anos	29 (34.5)

A Tabela 2 apresenta as medidas descritivas relativas a variáveis do contexto profissional. Observa-se que apenas 32 (38.1%) participantes são enfermeiros especialistas. Em termos do tempo de experiência no serviço, a maioria trabalha no serviço há 21 anos ou mais ($n = 25$, 29.8%). Por fim, no que diz respeito ao tempo de experiência no hospital, na maioria dos casos este é também de 21 anos ou mais ($n = 33$, 39.3%).

Tabela 2. Caracterização da amostra em termos do contexto profissional

	n (%)
Situação na carreira	
Enfermeiro	52 (61.9)
Enfermeiro especialista	32 (38.1)
Tempo de experiência no serviço	
< 6 meses	4 (4.8)
6-11 meses	2 (2.4)
1-2 anos	8 (9.5)
3-7 anos	11 (13.1)
8-12 anos	23 (27.4)
13-20 anos	11 (13.1)
21 ou mais anos	25 (29.8)
Tempo de experiência no	

hospital	
< 6 meses	2 (2.4)
6-11 meses	1 (1.2)
1-2 anos	5 (6.0)
3-7 anos	8 (9.5)
8-12 anos	16 (19.0)
13-20 anos	19 (22.6)
21 ou mais anos	33 (39.3)

^a Medidas descritivas relativas à cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem.

As Tabelas 3 e 4 apresentam as medidas descritivas, bem como os resultados das análises de fiabilidade realizadas através do cálculo do *alfa de Cronbach* (α), em relação às dimensões da cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem, respetivamente.

No que diz respeito à cultura de segurança, observa-se que as dimensões que parecem destacar-se, apresentando pontuações superiores, são a dimensão relativa ao Trabalho em Equipa ($M = 3.82$, $DP = 0.50$) e Transições ($M = 3.55$, $DP = 0.65$). Relativamente à análise de fiabilidade, de referir que as dimensões Trabalho em Equipa, Trabalho entre unidades, Dotação de profissionais e Resposta ao erro não punitiva apresentam valores de *alfa de Cronbach* mais baixos ($\alpha < 0.6$), apresentando-se por isso como dimensões menos satisfatórias (Tabela 3).

Tabela 3. Medidas descritivas e fiabilidade em termos das dimensões relativas à cultura de segurança do doente

	M (DP)	Mdn (AIQ)	α
Trabalho em equipa	3.82 (0.50)	3.75 (0.50)	0.54
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	3.41 (0.83)	3.50 (1.00)	0.80
Apoio à segurança do doente pela gestão	2.71 (0.73)	2.67 (0.67)	0.67
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	3.43 (0.71)	3.67 (1.00)	0.71
Perceções gerais sobre a segurança do doente	2.87 (0.79)	2.88 (1.25)	0.66
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	3.23 (0.78)	3.33 (1.00)	0.71
Abertura na comunicação	3.22 (0.70)	3.33 (0.92)	0.66
Frequência da notificação	2.60 (1.11)	2.67 (1.75)	0.92
Trabalho entre unidades	3.36 (0.51)	3.38 (0.75)	0.54
Dotação de profissionais	2.64 (0.72)	2.50 (0.75)	0.53
Transições	3.55 (0.65)	3.50 (1.00)	0.71
Resposta ao erro não punitiva	2.65 (0.67)	2.67 (0.67)	0.57

Relativamente à perspetiva em termos de eventos adversos, observa-se que ao nível das práticas de

enfermagem as dimensões que parecem destacar-se, com pontuações superiores, são a Privacidade e confidencialidade ($M = 4.33$, $DP = 0.57$) e Higienização das mãos ($M = 4.34$, $DP = 0.48$). Em termos dos eventos adversos, a dimensão que apresenta uma pontuação mais elevada é a de Risco de quedas e risco de úlceras ($M = 3.23$, $DP = 0.81$). No que se refere à análise de fiabilidade, todas as dimensões, relativas às práticas de enfermagem e aos eventos adversos, apresentaram valores adequados de consistência interna ($\alpha > 0.65$).

Tabela 4. Medidas descritivas e fiabilidade em termos das dimensões relativas aos eventos adversos associados à prática de enfermagem

	M (DP)	Mdn (AIQ)	α
Práticas de enfermagem			
Vigilância dos doentes	4.03 (0.61)	4.00 (1.00)	0.72
Advocacia dos doentes	3.88 (0.57)	4.00 (0.50)	0.66
Privacidade confidencialidade	4.33 (0.57)	4.50 (1.00)	0.85
Prevenção de quedas	4.22 (0.57)	4.33 (0.67)	0.74
Prevenção de Úlceras de pressão	1.90 (0.59)	1.86 (0.71)	0.84
Falhas na preparação da medicação	3.75 (0.58)	3.83 (0.67)	0.78
Falhas na administração de medicação	4.07 (0.56)	4.00 (0.67)	0.88
Falhas na vigilância de medicação	2.14 (0.71)	2.00 (0.50)	0.87
Higienização das mãos	4.34 (0.48)	4.33 (0.67)	0.78
Cuidados com EPI e higiene ambiental	4.08 (0.58)	4.17 (0.67)	0.80
Eventos Adversos			
Risco de Infecções Associadas aos cuidados de saúde	2.85 (0.78)	3.00 (1.50)	0.76
Erros de medicação	2.16 (0.54)	2.00 (0.50)	0.66
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	2.49 (0.74)	2.50 (1.00)	0.70
Risco agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia	2.02 (0.74)	2.00 (1.00)	0.72
Risco de quedas e risco de úlceras	3.23 (0.81)	3.50 (1.38)	0.66
Ocorrência de úlceras ^a	—	2.00 (1.00)	—
Ocorrência de quedas ^a	—	2.00 (1.00)	—

^a. Tratando-se de variáveis qualitativas ordinais, são apresentadas como medidas descritivas apenas a mediana e amplitude interquartil, as medidas mais adequadas a este tipo de variável; não é apresentado *alfa de Cronbach* uma vez que estas dimensões são compostas por apenas um item cada.

^b. Cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem em função de variáveis sociodemográficas

Em primeiro lugar foram analisadas diferenças em termos de percepções de cultura de segurança do

doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem de acordo com o sexo, cujos resultados são apresentados nas Tabelas 5 e 6, respetivamente.

Como pode verificar-se na Tabela 5, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo feminino e masculino em termos de duas dimensões da cultura de segurança, nomeadamente Perceções gerais sobre a segurança do doente, $t(80) = -2.31$, $p = 0.024$ e Abertura na comunicação, $t(82) = -2.91$, $p = 0.005$. Observa-se que participantes do sexo feminino pontuaram de forma mais elevada nestas dimensões do que participantes do sexo masculino.

Tabela 5. Diferenças na percepção da cultura de segurança do doente em função do sexo

	Masculino (n = 13) M (DP)/ Ordem Média	Feminino (n = 71) M (DP)/ Ordem Média	<i>t/U</i>	<i>p</i>
Trabalho em equipa ^a	3.92 (0.28)	3.80 (0.53)	1.28	0.212
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente ^b	43.13	39.04	416.50	0.575
Apoio à segurança do doente pela gestão ^a	2.64 (0.76)	2.72 (0.73)	-0.37	0.710
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua ^b	42.51	39.27	419.50	0.651
Perceções gerais sobre a segurança do doente ^a	2.40 (0.67)	2.95 (0.78)	-2.31	0.024
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro ^a	3.19 (0.73)	3.24 (0.80)	-0.18	0.860
Abertura na comunicação ^a	2.72 (0.77)	3.31 (0.66)	-2.91	0.005
Frequência da notificação ^a	2.44 (0.69)	2.63 (1.17)	-0.76	0.455
Trabalho entre unidades ^a	3.23 (0.50)	3.38 (0.51)	-0.98	0.331
Dotação de profissionais ^a	2.98 (0.85)	2.57 (0.67)	1.91	0.060
Transições ^a	3.63 (0.72)	3.54 (0.64)	0.50	0.616
Resposta ao erro não punitiva ^a	2.39 (0.47)	2.70 (0.70)	-1.49	0.141

Nota. ^a Teste t para amostras independentes. Para este teste são apresentadas como medidas descritivas a Média (M) e o Desvio-padrão (DP); ^b Teste de *Mann-Whitney*. Para este teste é apresentada como medida descritiva a Ordem Média.

Como pode constatar-se na Tabela 6, não foram encontradas diferenças estatisticamente

significativas ao nível da percepção dos enfermeiros em relação a eventos adversos associados à prática de enfermagem, em função do sexo (todos $p > 0.05$).

Tabela 6. Diferenças na percepção de eventos adversos associados à prática de enfermagem em função do sexo

	Feminino (n = 71) M (DP)/ Ordem Média	Masculino (n = 13) M (DP)/Ordem Média	<i>t/U</i>	<i>p</i>
Práticas de enfermagem				
Vigilância dos doentes ^a	4.06 (0.64)	3.88 (0.42)	0.93	0.353
Advocacia dos doentes ^b	42.06	41.65	450.50	0.953
Privacidade/confidencialidade ^b	43.79	32.35	329.50	0.097
Prevenção de quedas ^a	4.24 (0.58)	4.11 (0.52)	0.73	0.466
Prevenção de Úlceras de pressão ^b	36.48	33.63	325.50	0.661
Falhas na preparação da medicação ^a	3.71 (0.53)	3.94 (0.78)	-1.26	0.211
Falhas na administração de medicação ^a	4.03 (0.54)	4.27 (0.68)	-1.41	0.163
Falhas na vigilância de medicação ^b	42.44	39.62	424.00	0.683
Higienização das mãos ^a	4.35 (0.50)	4.31 (0.40)	0.27	0.785
Cuidados com EPI e higiene ambiental ^b	37.78	39.27	338.00	0.833
Eventos Adversos				
Risco de Infecções Associadas aos cuidados de saúde ^a	2.86 (0.80)	2.85 (0.69)	0.04	0.970
Erros de medicação ^b	43.56	30.58	306.50	0.052
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico ^a	2.49 (0.74)	2.54 (0.75)	-0.24	0.815
Risco de agravamento por delegação inadequada e défice de advocacia ^b	41.42	45.12	414.50	0.603
Risco de quedas e risco de úlceras ^a	3.24 (0.83)	3.15 (0.77)	0.34	0.733
Ocorrência de úlceras ^b	40.69	39.50	422.50	0.855
Ocorrência de quedas ^b	41.67	40.58	436.50	0.861

Nota. ^a Teste t para amostras independentes. Para este teste são apresentadas como medidas descritivas a Média (M) e o Desvio-padrão (DP); ^b Teste de *Mann-Whitney*. Para este teste é apresentada como medida descritiva a Ordem Média.

De seguida, foi analisada a relação entre a idade e as percepções de cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem (Tabelas 7 e 8).

Foi encontrada apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a idade dos enfermeiros e a dimensão dotação de profissionais, $rs = 0.38$, $p = 0.001$. Assim, idades superiores

estiveram associadas com pontuações mais elevadas nesta dimensão (Tabela 7).

Tabela 7. Correlações de *Spearman* entre a idade e a percepção relativa a cultura de segurança do doente

	Idade	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Trabalho em equipa	0.02	0.849
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	-0.03	0.791
Apoio à segurança do doente pela gestão	-0.02	0.848
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	0.09	0.433
Percepções gerais sobre a segurança do doente	0.15	0.192
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	-0.14	0.214
Abertura na comunicação	0.05	0.653
Frequência da notificação	-0.09	0.413
Trabalho entre unidades	-0.02	0.855
Dotação de profissionais	0.38	0.001
Transições	0.11	0.320
Resposta ao erro não punitiva	-0.10	0.370

Relativamente à relação entre a idade e a percepção de eventos adversos associados à prática de enfermagem (Tabela 8), foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a idade dos enfermeiros e as dimensões de Vigilância dos doentes, $rs = 0.48$, $p < 0.001$ e Cuidados com EPI e higiene ambiental, $rs = 0.28$, $p = 0.017$. Deste modo, idades superiores estiveram associadas com pontuações mais elevadas nestas dimensões.

Por outro lado, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre a idade e as dimensões relativas a Falhas na vigilância de medicação, $rs = -0.34$, $p = 0.002$, Ocorrência de úlceras, $rs = -0.33$, $p = 0.002$ e Ocorrência de quedas, $rs = -0.24$, $p = 0.029$. Assim, idades superiores estiveram associadas com pontuações mais baixas ao nível destas dimensões.

Tabela 8. Correlações de *Spearman* entre a idade e a percepção de eventos adversos associados à prática de enfermagem

	Idade	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Práticas de enfermagem		
Vigilância dos doentes	0.48	< 0.001
Advocacia dos doentes	-0.14	0.202
Privacidade confidencialidade	-0.10	0.355
Prevenção de quedas	0.14	0.212

Prevenção de Úlceras de pressão	-0.04	0.770
Falhas na preparação da medicação	0.08	0.465
Falhas na administração de medicação	0.18	0.118
Falhas na vigilância de medicação	-0.34	0.002
Higienização das mãos	0.02	0.851
Cuidados com EPI e higiene ambiental	0.28	0.017
Eventos Adversos		
Risco de Infecções Associadas aos cuidados de saúde	-0.08	0.506
Erros de medicação	-0.01	0.927
Risco de agravamento por déficit de vigilância e julgamento clínico	-0.14	0.202
Risco agravamento por delegação inapropriada e déficit de advocacia	-0.12	0.291
Risco de quedas e risco de úlceras	-0.12	0.290
Ocorrência de úlceras	-0.33	0.002
Ocorrência de quedas	-0.24	0.029

As Tabelas 9 e 10 apresentam as análises da relação entre o tempo de experiência do enfermeiro no serviço e no hospital e as percepções de cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem.

Foi encontrada apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o tempo de experiência do enfermeiro no hospital e a dimensão dotação de profissionais, $rs = 0.26$, $p = 0.022$. Assim, mais tempo de experiência no hospital esteve associado com pontuações mais elevadas nesta dimensão (Tabela 9). Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o tempo de experiência dos enfermeiros no serviço e a percepção relativa à cultura de segurança dos doentes (todos $p > 0.05$).

Tabela 9. Correlações de *Spearman* entre o tempo de experiência do enfermeiro no serviço e no hospital e a percepção relativa à cultura de segurança do doente

	Tempo de experiência no serviço		Tempo de experiência no hospital	
	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Trabalho em equipa	-0.06	0.590	0.03	0.801
Expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	-0.19	0.085	-0.16	0.136
Apoio à segurança do doente pela gestão	-0.06	0.611	0.06	0.617
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	0.08	0.491	0.16	0.151
Percepções gerais sobre a segurança do doente	-0.09	0.399	0.15	0.175
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	-0.09	0.400	-0.04	0.720
Abertura na comunicação	0.01	0.948	-0.00	0.969
Frequência da notificação	0.02	0.859	-0.12	0.285

Trabalho entre unidades	-0.06	0.560	-0.08	0.498
Dotação de profissionais	0.17	0.138	0.26	0.022
Transições	0.02	0.857	0.09	0.424
Resposta ao erro não punitiva	-0.20	.071	-0.09	0.420

A Tabela 10 apresenta os resultados das análises de correlações entre o tempo de experiência dos enfermeiros no serviço e no hospital e a perspectiva acerca dos eventos adversos associados à prática de enfermagem.

Como pode constatar-se, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre os eventos adversos associados à prática de enfermagem e o tempo de experiência dos enfermeiros no serviço (todos $p > 0.05$). No entanto, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre o tempo de experiência dos enfermeiros no hospital e as dimensões de Vigilância dos doentes, $rs = 0.40$, $p < 0.001$ e Cuidados com EPI e higiene ambiental, $rs = 0.29$, $p = 0.013$. Deste modo, um tempo de experiência superior no hospital esteve associado com pontuações mais elevadas nestas dimensões. Por outro lado, foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas entre o tempo de experiência dos enfermeiros no hospital e as dimensões relativas a Falhas na vigilância de medicação, $rs = -0.29$, $p = 0.009$, Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico, $rs = -0.22$, $p = 0.046$ e Ocorrência de úlceras, $rs = -0.25$, $p = 0.028$. Assim, um tempo de experiência superior no hospital esteve associado com pontuações mais baixas em termos destas dimensões.

Tabela 10. Correlações de *Spearman* entre o tempo de experiência do enfermeiro no serviço e no hospital e a percepção de eventos adversos associados à prática de enfermagem

	Tempo de experiência no serviço		Tempo de experiência no hospital	
	<i>rs</i>	<i>p</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Vigilância dos doentes	0.21	0.054	0.40	< 0.001
Advocacia dos doentes	0.08	0.483	-0.04	0.691
Privacidade confidencialidade	-0.22	0.051	-0.11	0.306
Prevenção de quedas	-0.01	0.943	0.13	0.265
Prevenção de Úlceras de pressão	-0.17	0.148	-0.17	0.162
Falhas na preparação da medicação	0.13	0.265	0.18	0.121
Falhas na administração de medicação	0.09	0.425	0.22	0.055
Falhas na vigilância de medicação	-0.10	0.358	-0.29	0.009
Higienização das mãos	0.06	0.621	0.12	0.268
Cuidados com EPI e higiene ambiental	0.07	0.545	0.29	0.013

Eventos Adversos				
Risco de Infecções Associadas aos cuidados de saúde	0.10	0.390	0.00	0.989
Erros de medicação	0.05	0.642	-0.05	0.648
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico	-0.06	0.619	-0.22	0.046
Risco agravamento por delegação inapropriada e défice de Advocacia	-0.12	0.274	-0.20	0.064
Risco de quedas e risco de úlceras	0.02	0.886	-0.10	0.377
Ocorrência de úlceras	-0.11	0.332	-0.25	0.028
Ocorrência de quedas	0.05	0.657	-0.13	0.242

Por fim, foram analisadas diferenças entre enfermeiros e enfermeiros especialistas em termos da perspetiva acerca da cultura de segurança do doente (Tabela 11). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (todos $p > 0.05$).

Tabela 11. Diferenças na percepção da Cultura de segurança do doente em função da posição na carreira

	Enfermeiro especialista (n = 32) M (DP)/ Ordem Média	Enfermeiro (n = 52) M (DP)/ Ordem Média	t/U	p
Trabalho em equipa ^a	3.77 (0.54)	3.84 (0.47)	-0.62	0.536
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente ^b	44.72	38.89	716.50	0.284
Apoio à segurança do doente pela gestão ^a	2.78 (0.87)	2.67 (0.64)	0.65	0.520
Aprendizagem organizacional - melhoria contínua ^b	43.42	39.61	732.00	0.479
Percepções gerais sobre a segurança do doente ^a	2.95 (0.87)	2.82 (0.73)	0.70	0.486
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro ^b	42.46	40.00	752.00	0.645
Abertura na comunicação ^a	3.38 (0.71)	3.12 (0.69)	1.62	0.110
Frequência da notificação ^b	44.63	36.61	643.50	0.134
Trabalho entre unidades ^b	43.02	41.66	805.00	0.801
Dotação de profissionais ^a	2.68 (0.83)	2.62 (0.65)	0.35	0.730
Transições ^a	3.68 (0.61)	3.47 (0.66)	1.44	0.154
Resposta ao erro não punitiva ^a	2.68 (0.65)	2.64 (0.70)	0.24	0.811

Nota. ^a Teste t para amostras independentes. Para este teste são apresentadas como medidas descritivas a Média (M) e o Desvio-padrão (DP); ^b Teste de *Mann-Whitney*. Para este teste é

apresentada como medida descritiva a Ordem Média.

A Tabela 12 apresenta os resultados das análises de diferenças entre enfermeiros e enfermeiros especialistas ao nível da perspetiva acerca dos eventos adversos associados à prática de enfermagem.

Como se pode verificar, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros especialistas e enfermeiros ao nível das dimensões relativas a privacidade e confidencialidade, $U = 568.50$, $p = 0.018$, falhas na preparação da medicação, $t(77) = -2.70$, $p = 0.009$ e ao risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, $t(80) = 2.11$, $p = 0.038$. Observa-se que os enfermeiros apresentaram pontuações superiores no que diz respeito à privacidade e confidencialidade e às falhas na preparação da medicação, ao passo que os enfermeiros especialistas apresentaram pontuações superiores relativamente à perceção do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Tabela 12. Diferenças na perceção de eventos adversos associados à prática de enfermagem em função da posição na carreira

	Enfermeiro especialista (n = 32) M (DP)/ Ordem Média	Enfermeiro (n = 52) M (DP)/ Ordem Média	t/U	p
Vigilância dos doentes ^a	4.18 (0.65)	3.94 (0.57)	1.71	0.090
Advocacia dos doentes ^a	3.98 (0.52)	3.82 (0.59)	1.30	0.197
Privacidade confidencialidade ^b	34.34	46.57	568.50	0.018
Prevenção de quedas ^a	4.30 (0.62)	4.17 (0.53)	0.98	0.328
Prevenção de Úlceras de pressão ^b	31.50	38.60	468.00	0.161
Falhas na preparação da medicação ^a	3.53 (0.56)	3.88 (0.56)	-2.70	0.009
Falhas na administração de medicação ^a	4.02 (0.65)	4.09 (0.51)	-0.55	0.588
Falhas na vigilância de medicação ^b	42.98	41.41	775.50	0.763
Higienização das mãos ^a	4.35 (0.56)	4.33 (0.43)	0.20	0.845
Cuidados com EPI e higiene ambiental ^b	42.23	35.48	539.50	0.192
Eventos Adversos				
Risco de Infeções Associadas aos cuidados de saúde ^a	3.08 (0.74)	2.72 (0.77)	2.11	0.038
Erros de medicação ^b	46.68	38.35	630.00	0.098
Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico ^a	2.45 (0.83)	2.52 (0.69)	-0.40	0.689
Risco agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia ^a	2.11 (0.89)	1.97 (0.64)	0.78	0.442
Risco de quedas e risco de úlceras ^a	3.33 (0.86)	3.16 (0.79)	0.92	0.360
Ocorrência de úlceras ^b	43.98	38.52	638.50	0.275
Ocorrência de quedas ^b	45.53	39.17	659.00	0.182

Nota. ^a Teste t para amostras independentes. Para este teste são apresentadas como medidas

descritivas a Média (M) e o Desvio padrão (DP); ^b Teste de *Mann-Whitney*. Para este teste é apresentada como medida descritiva a Ordem Média.

- ^c Relação entre a cultura de segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem

Por fim, foi analisada a relação entre a percepção de cultura de segurança do doente e a percepção relativa a eventos adversos associados à prática de enfermagem, nas dimensões de práticas de enfermagem (Tabela 13) e eventos adversos (Tabela 14).

Como pode verificar-se na Tabela 13, em relação às práticas de enfermagem, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre as dimensões vigilância dos doentes, privacidade e confidencialidade e falhas na preparação da medicação e várias das dimensões da cultura de segurança ($p < 0.05$), sugerindo que pontuações mais elevadas nestas dimensões das práticas de enfermagem estão associadas com pontuações mais elevadas ao nível da cultura de segurança. Por outro lado, as práticas de enfermagem relativas a Prevenção de Úlceras de Pressão e Falhas na vigilância de medicação mostraram estar correlacionadas de forma negativa e estatisticamente significativa com várias dimensões da cultura de segurança ($p < 0.05$), indicando que pontuações mais baixas ao nível destas duas práticas de enfermagem estão associadas com pontuações mais elevadas no que se refere à cultura de segurança. De referir ainda que só a dimensão de cultura de segurança referente à Resposta ao erro não punitiva é que não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhuma dimensão das práticas de enfermagem (todos $p > 0.05$).

Tabela 13. Correlações entre Cultura de segurança do doente e práticas de enfermagem

	Vigilância dos doentes		Privacidade e confidencialidade ^a		Prevenção de quedas		Prevenção de Úlceras de Pressão ^a		Falhas preparação da medicação		Falhas na administração de medicação		Falhas na vigilância de medicação ^a	
	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>
Trabalho em equipa	0.16	0.152	0.32	0.003	0.14	0.221	-0.31	0.010	0.27	0.018	0.29	0.009	-0.29	0.008
Expectativas do supervisor/ gestor ^a	0.16	0.147	0.35	0.001	0.08	0.507	0.01	0.936	-0.00	0.978	0.11	0.317	-0.19	0.094
Apoio à segurança do doente pela gestão	0.16	0.146	0.18	0.103	0.22	0.047	-0.21	0.082	0.10	0.373	0.19	0.092	-0.24	0.031
Aprendizagem organizacional ^a	0.35	0.001	0.40	<0.001	0.43	<0.001	-0.43	<0.001	0.04	0.737	0.15	0.185	-0.38	<0.001
Perceções gerais sobre a segurança do doente	0.60	<0.001	0.40	<0.001	0.44	<0.001	-0.16	0.180	0.21	0.063	0.35	0.002	-0.53	<0.001
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	0.09	0.415	0.41	<0.001	0.26	0.019	-0.34	0.005	0.04	0.715	0.09	0.424	-0.20	0.079

1

Abertura na comunicação	0.14	0.203	0.24	0.030	0.29	0.008	-0.37	0.002	-0.03	0.768	-0.03	0.829	-0.17	0.135
Frequência da notificação	0.07	0.557	0.30	0.007	0.19	0.092	-0.08	0.507	-0.05	0.686	0.05	0.688	-0.10	0.372
Trabalho entre unidades	0.12	0.285	0.33	0.002	0.25	0.027	-0.21	0.081	0.18	0.107	0.29	0.010	-0.27	0.014
Dotação de profissionais	0.49	<0.001	0.13	0.246	0.10	0.408	0.07	0.570	0.28	0.012	0.41	<0.001	-0.41	<0.001
Transições	0.28	0.011	0.20	0.070	0.23	0.044	-0.20	0.091	0.24	0.033	0.31	0.006	-0.30	0.007
Resposta ao erro não punitiva	0.08	0.505	0.15	0.180	-0.02	0.841	0.06	0.653	-0.06	0.580	0.13	0.247	-0.12	0.284

Nota. Correlações estatisticamente significativas assinaladas a negrito, dado o elevado número de correlações apresentadas; * na análise das correlações com estas variáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, dada ausência de distribuição normal, sendo utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* nas restantes.

No que diz respeito às correlações entre a cultura de segurança do doente e a perceção de eventos adversos (Tabela 14), verifica-se que todos os eventos adversos mostraram estar correlacionados de forma negativa e estatisticamente significativa com mais do que uma das dimensões da cultura de segurança do doente ($p < 0.05$). Assim, pontuações mais elevadas ao nível das perceções dos eventos adversos estiveram associadas com pontuações mais baixas em termos de cultura de segurança.

Apenas a perceção relativa ao Risco de Quedas e úlceras apresentou uma correlação positiva estatisticamente significativa com a dimensão de cultura de segurança Comunicação e *feedback* acerca do erro, $r = 0.23$, $p = 0.040$, indicando que uma pontuação superior em termos de risco de quedas e úlceras está associada com uma pontuação superior em termos de Comunicação e *feedback* acerca do erro.

Também de referir que a dimensão da cultura de segurança referente à Resposta ao erro não punitiva foi a única que não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhuma das dimensões dos eventos adversos (todos $p > 0.05$).

Tabela 14. Correlações entre Cultura de segurança do doente e eventos adversos

	Risco de Infecções Associadas aos cuidados de saúde		Erros de medicação ^a		Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico		Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia ^a		Risco de quedas e risco de úlceras		Ocorrência de úlceras ^a		Ocorrência de quedas ^a	
	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>P</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>	<i>r/ rs</i>	<i>p</i>
Trabalho em equipa	-0.06	0.578	-0.31	0.005	-0.07	0.526	-0.15	0.178	0.06	0.604	-0.10	0.368	-0.07	0.516
Expectativas do supervisor/gestor ^a	-0.11	0.328	-0.24	0.031	-0.12	0.283	-0.22	0.041	-0.02	0.872	-0.05	0.661	-0.20	0.066
Apoio à segurança do doente pela gestão	-0.18	0.113	-0.27	0.017	-0.37	0.001	-0.19	0.083	-0.08	0.497	0.09	0.436	-0.14	0.229
Aprendizagem organizacional ^a	-0.36	0.001	-0.46	<0.001	-0.46	<0.001	-0.37	0.001	-0.05	0.682	-0.13	0.248	-0.17	0.127
Perceções gerais sobre a segurança do doente	-0.47	<0.001	-0.40	<0.001	-0.56	<0.001	-0.43	<0.001	-0.36	0.001	-0.38	0.001	-0.41	<0.001
Comunicação e <i>feedback</i> acerca do erro	0.01	0.935	-0.29	0.008	-0.16	0.166	-0.21	0.055	0.23	0.040	0.15	0.185	-0.02	0.851
Abertura na comunicação	-0.00	0.971	-0.17	0.137	-0.11	0.335	-0.26	0.019	0.09	0.425	-0.06	0.593	0.07	0.563
Frequência da notificação	-0.15	0.188	-0.34	0.002	-0.22	0.045	0.02	0.852	-0.01	0.945	0.02	0.882	-0.02	0.867
Trabalho entre unidades	-0.12	0.284	-0.34	0.002	-0.20	0.072	-0.22	0.044	-0.07	0.536	-0.04	0.706	-0.15	0.189
Dotação de profissionais	-0.37	0.001	-0.36	0.001	-0.48	<0.001	-0.36	0.001	-0.40	<0.001	-0.46	<0.001	-0.37	0.001

Transições	-0.23	0.038	-0.24	0.032	-0.35	0.001	-0.20	0.069	-0.14	0.213	-0.19	0.094	-0.18	0.118
Resposta ao erro não punitiva	-0.00	0.972	-0.08	0.467	-0.10	0.359	-0.13	0.255	0.01	0.962	0.13	0.274	-0.13	0.235

Nota. Correlações estatisticamente significativas assinaladas a negrito, dado o elevado número de correlações apresentadas;^a na análise das correlações com estas variáveis foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, dada ausência de distribuição normal, sendo utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* nas restantes.

6. Discussão de resultados

Este capítulo é dedicado à discussão dos resultados mais relevantes que emergiram da análise dos dados obtidos na investigação, com base nos objetivos do estudo, a revisão teórica efetuada e as hipóteses formuladas.

Em relação ao perfil socio demográfico e profissional dos participantes, verificou-se que a maioria é do sexo feminino (84,5 %), estavam situados na faixa etária entre os 31 e os 40 anos (35,7%), posicionados na carreira como enfermeiros (61,9%) e detentores de múltiplos anos de experiência profissional, com a maioria dos enfermeiros (29,8 %) a deter pelo menos 21 anos de tempo de experiência profissional no hospital e no respetivo serviço. Estas características estão em congruência com os dados emanados pela OE em dezembro de 2018.

Existem evidências de que as características dos enfermeiros influenciam as suas práticas. Desde 1984, data em que Patricia Benner, publicou a obra *From Novice To Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, ficou bem patente na comunidade de enfermagem a importância do conhecimento adquirido na prática para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

A autora argumentou que a experiência prática é fundamental para o desenvolvimento das habilidades e do conhecimento dos enfermeiros, que os enfermeiros iniciam a profissão como novatos e que, à medida que ganham experiência, eles se tornam mais proficientes e capazes de tomar decisões mais complexas e informadas em situações clínicas. O percurso de aquisição de experiência e conhecimento, integra cinco níveis: novato, intermédio, competente, proficiente e especialista.

Sendo que em média, cada nível leva cerca de 5 anos a transpor, podemos aferir que os enfermeiros do estudo são proficientes na respetiva prática, ou seja, são capazes de analisar as diferentes situações de uma forma abrangente, tomar decisões e priorizar as intervenções.

Neste enquadramento, interpretamos que as correlações positivas estatisticamente significativas entre o tempo de experiência dos enfermeiros e as dimensões de Vigilância dos doentes e Cuidados com EPI e higiene ambiental, sugerem que, à medida que os enfermeiros ganham mais experiência, eles tendem a melhorar na vigilância dos pacientes e na implementação de práticas de higiene e uso de Equipamentos de Proteção Individual.

Por outro lado, as correlações negativas estatisticamente significativas entre o tempo de experiência e as dimensões de Falhas na vigilância de medicação, Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico e Ocorrência de úlceras, sugerem que enfermeiros mais experientes estão menos propensos a cometer erros relacionados à vigilância de medicação, mas que falham mais na prevenção de úlceras de pressão. Tal resultado faz-nos supor que a capacidade de julgamento clínico requer tempo

de experiência prática para ser desenvolvida, mas que, em contrapartida, enfermeiros mais novos são mais proativos na identificação do risco de ocorrência de úlceras.

No que concerne à influência da variável sexo dos enfermeiros, o facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção dos enfermeiros em relação a eventos adversos associados à prática de enfermagem mas terem sido encontradas em relação às dimensões da cultura de segurança Percepções gerais sobre a segurança do doente e Abertura na comunicação, com as enfermeiras a terem percepções mais positivas, do que os colegas do sexo masculino, facto que poderá ser de interesse em aprofundar em pesquisas futuras.

A idade dos enfermeiros revelou constituir uma variável com impacto a considerar dadas as correlações positivas significativas entre as dimensões de vigilância dos doentes, privacidade e confidencialidade e as falhas na preparação da medicação sugerem que, à medida que a vigilância e a proteção da privacidade e confidencialidade aumentam, também aumentam as falhas na preparação da medicação. Isso pode indicar que, em ambientes onde a vigilância é priorizada, pode haver uma sobrecarga de trabalho ou distrações/interrupções que afetam a concentração dos enfermeiros na tarefa em execução.

A correlação negativa entre as práticas de enfermagem relacionadas à prevenção de úlceras de pressão e falhas na vigilância de medicação com várias dimensões da cultura de segurança pode indicar que, em ambientes onde a cultura de segurança é forte, as práticas de enfermagem são mais eficazes. Isso sugere que uma cultura de segurança robusta pode estar associada a melhores práticas de enfermagem e, consequentemente, a menos falhas.

O facto de que a dimensão de cultura de segurança referente à resposta ao erro não punitiva não apresentar correlações significativas com as práticas de enfermagem pode ser um ponto de discussão interessante. Isso pode indicar que, mesmo em um ambiente onde os erros não são punidos, outras dimensões da cultura de segurança podem ser mais influentes nas práticas de enfermagem. Pode ser útil investigar por que essa dimensão específica não se correlaciona e se há outros fatores que influenciam a eficácia das práticas de enfermagem.

As áreas mencionadas, como privacidade e confidencialidade, falhas na preparação da medicação e o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, são fundamentais para a qualidade do atendimento. Essas diferenças podem indicar que enfermeiros especialistas têm um desempenho superior ou abordagens diferentes nessas áreas.

Castilho (2014), autora da Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem, utilizada como instrumento de colheita de dados neste estudo, concluiu que falhas nas seguintes práticas de

enfermagem: vigilância dos doentes, julgamento clínico, delegação, advocacia dos doentes, preparação, administração e vigilância de medicação, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão, privacidade/confidencialidade, realização de procedimentos, registos, cuidados com EPI e higiene ambiental, podem ter como consequência a ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde, erros de medicação, quedas dos doentes e úlceras de pressão e agravamento do estado clínico dos doentes. De acordo com a mesma autora, um contexto ideal de cuidados todos os enfermeiros deveriam perceber que as práticas preventivas ocorrem sempre, aceitando, no entanto, como bom resultado, quando mais de 90% dos enfermeiros identificam que as práticas preventivas ocorrem frequentemente ou sempre.

Nesta perspetiva, os nossos resultados indicam que os doentes correm risco de sofrerem EA relacionados com os cuidados de enfermagem nomeadamente por agravamento do estado clínico, falhas na implementação das práticas de prevenção e perceção do risco clínico inerente.

Oliveira e colaboradores (2023), numa revisão integrativa da literatura realizada com o objetivo de analisar as evidências científicas sobre a ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem, encontraram evidências de EA associados às práticas de enfermagem relacionados com a medicação, com ênfase na fase da administração, quedas, lesões por pressão, infeções associadas aos cuidados de saúde e perda acidental de dispositivos de saúde.

Publicações recentes, revelam quanto os cuidados de saúde mais seguros dependem das ações de vigilância dos doentes efetuada pelos enfermeiros (Doyon & Raymond, 2023). No entanto, para que os enfermeiros realizem uma efetiva vigilância dos doentes a cargo, necessitam, segundo a *American Association of Colleges of Nursing* (2020) de possuírem determinadas competências, as quais, na opinião de Griffiths e colaboradores (2022), reconhecem devem ser de julgamento e raciocínio clínico.

O conceito de competência, amplamente associado a Le Boterf (1999, 2005, 2008), como um atributo pessoal de carácter multidimensional, que se manifesta no agir profissional, tem sido amplamente explorado na formação profissional, nas teorias de gestão do capital humano das empresas e mais recentemente no referencial de competências para a Administração Pública (Ministério das Finanças, 2024).

Ainda segundo Le Boterf, no processo de construção da competência profissional são necessários dois requisitos: prática profissional relevante, recursos adequados e capacidade para refletir.

Para precisar o conceito de competência profissional, recorremos à OE (2009) a qual refere que competência é um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão e mobilizam os seus recursos, conhecimentos e capacidades

perante uma situação concreta.

Ainda de acordo com a OE (2003, 2010, 2012, 2015, 2019) os enfermeiros detêm quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional, às quais acrescem as competências advindas da especialização em enfermagem e os enfermeiros gestores detêm competências e responsabilidades (OE, 2015) que os tornam atores chave na promoção dos cuidados de enfermagem mais seguros e de qualidade crescente.

De igual modo e de forma mais antecipatória, o ICN tem vindo a publicar recomendações, dando conta que os ambientes de prática de enfermagem devem basear-se em estruturas políticas inovadoras que potenciam o bem-estar dos enfermeiros, a satisfação profissional, a segurança e a qualidade dos cuidados, bem como, um excelente desempenho organizacional (ICN, 2007). Os estudos revelaram que os ambientes favoráveis à prática estão positivamente associados aos estilos de liderança transformacional, qualidade e segurança nos cuidados, adequação de recursos estruturais e humanos, cargas de trabalho ajustadas, satisfação profissional e baixa rotatividade de enfermeiros (Ribeiro et al. 2024; Aungsuroch et al. 2024; Al Yahyaei et al., 2022; Sousa et al. 2022). Adicionalmente, um ambiente positivo contribui para a autonomia e o reconhecimento profissional dos enfermeiros, promove uma liderança eficiente garante a segurança do pessoal e melhora o trabalho em equipa e a motivação (Eva et al., 2024; Wang et al., 2024; Mabona et al., 2022).

Os fatores mais comuns que influenciam positivamente os ambientes da prática de enfermagem são comunicação, colaboração, trabalho em equipa, reconhecimento significativo, autonomia profissional, tomada de decisões efetiva, recursos humanos adequados, segurança física e psicológica e liderança autêntica (Ribeiro et al., 2024; Ulrich et al., 2022; Eva et al., 2024; Wang et al., 2024; Mabona et al. 2022).

Ribeiro e colaboradores (2023) reforçam a importância dos ambientes de prática de enfermagem para a qualidade e segurança dos doentes (e também dos profissionais) e aponta para o importante papel determinante que os próprios enfermeiros podem ter na construção de ambientes dotados dos recursos adequados para a atividade desenvolvida, para o próprio bem-estar e capacidade de cuidar, sem descurar a importância da qualificação continuada, visando garantir a promoção de habilidades e as melhores práticas.

Considerando Benner (2001), autora de referência para os enfermeiros, este grupo de profissionais de saúde necessitam de tempo e de experiência prática para efetuarem o seu percurso de desenvolvimento de competências que os leva a progredir de iniciados a avançados, a competentes, a proficientes e

peritos.

Por outro lado, Li e colaboradores (2024), afirmam que o conhecimento dos fatores de risco sistêmicos e dos imputáveis ao contexto específico das práticas, permite implementar medidas de gestão de risco e redesenhar os processos de prestação de cuidados numa perspetiva de melhoria continua.

Os erros relacionados com os medicamentos, têm sido amplamente estudados pelo forte e visível, na maior parte dos casos, impacto negativo. Talvez por isso, os profissionais de saúde estejam mais sensíveis para os notificar.

Muito recentemente, a Organização Mundial para a Saúde, num documento complexo, descreveu não só o processo de ocorrência do erro relacionado com a medicação, em qualquer das etapas do circuito do medicamento, mas também alertou para a possibilidade de o próprio medicamento suscitar reações adversas aos doentes e a necessária atenção dos profissionais para esta possibilidade. Destacou, ainda, a particular gravidade da sobredosagem nos doentes pediátricos dada a imaturidade orgânica para eliminar os fármacos em excesso. Igualmente os idosos, frequentemente sujeitos a polimedicação e com a função renal já comprometida, sofrem danos graves relacionados com a prescrição, administração e deficiente monitorização dos efeitos pós administração (OMS, 2023).

A nível hospitalar, medidas como a implementação da reconciliação terapêutica, da prescrição eletrónica, da unidose, da definição de circuitos seguros, do acesso e utilização mais cautelosa dos medicamentos de alto risco ou passíveis de confundirem o profissional, aliada a formação recorrente obrigatória, incluindo a vertente de identificação inequívoca do doente, têm contribuído para a implementação e consolidação de práticas mais seguras.

Não será, no entanto, de descurar as condições de preparação da medicação por parte dos enfermeiros, condicionada por espaços físicos limitados e partilhados para outras atividades, o que também pode comprometer a segurança biológica do medicamento.

A cultura organizacional foi analisada nas 12 dimensões preconizadas por Eiras (trabalho em equipa, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria continua, perceções gerais sobre segurança do doente, comunicação e *feedback* acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre unidades dotação de profissionais, transições e resposta ao erro não punitiva), as quais também foram avaliadas a nível nacional num estudo promovido pela DGS em 2014 (último estudo com resultados publicados).

Os resultados obtidos com o nosso estudo indiciam que a cultura organizacional, em todas as suas dimensões, com exceção da dimensão resposta ao erro não punitiva, detém influência nas práticas de

enfermagem preditoras de EA, à semelhança dos resultados.

Segundo a CISD (DGS, 2011), do uso dos dispositivos de saúde e equipamentos médicos, podem surgir problemas relacionados com a deficiente higienização dos mesmos, acondicionamento, uso inadequado, falhas e avarias, falhas na conexão e erro do utilizador. Dado que os dados obtidos sugerem que a cultura organizacional influencia de igual forma os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas, mas que em relação às práticas de enfermagem, especialistas e generalistas, assumem posições diferentes, será de analisar a forma como os enfermeiros gestores constituem as equipas de trabalho e procedem à distribuição dos doentes pelos enfermeiros escalados em cada turno de trabalho.

A OE (2014, 2019) emitiu uma norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Dois pressupostos estão implícitos às dotações seguras, as quais implicam um número adequado de enfermeiros em função das características dos doentes, mas também que esses enfermeiros detenham as competências adequadas para executarem as tarefas para que são designados.

Desde 1984 que, a título experimental, vem sendo desenvolvida no SNS uma ferramenta para classificar os doentes de acordo com as suas necessidades de cuidados de enfermagem, no pressuposto de que permitiria melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, alocar recursos de enfermagem de forma sustentada em evidências, a par das vantagens da produção de indicadores de produção e qualidade em enfermagem. A automatização do processo de classificação dos doentes vem constituindo um desiderato da OE desde 2017, conheceu um impacto em 2019 com a SPMS a abraçar a causa e, à data, ainda não está disseminado nos hospitais.

A gestão operacional dos recursos de enfermagem e dos cuidados de enfermagem por turno/diários, efetuada pelos enfermeiros gestores, deveria, desejavelmente, assentar no número de horas de cuidados de enfermagem necessárias por turno em detrimento do número de enfermeiros por turno.

Os avanços recentes ao nível dos sistemas de informação em saúde, a uniformização e interoperabilidade permitirão, cada vez mais se espera, aos enfermeiros gestores, extrair indicadores de produção e qualidade dos cuidados de enfermagem de forma automatizada.

Os indicadores mais críticos para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem que os enfermeiros hospitalares devem recolher na avaliação inicial dos doentes englobam as dependências para a mobilidade, alimentação, cuidados de higiene, risco de queda, risco de úlceras de pressão, estado de consciência, necessidades de monitorização de sinais vitais.

As suas atribuições legais incluem a promoção de ambientes seguros, a colaboração na implementação

de planos de gestão do risco, a gestão de recursos de enfermagem e de materiais, a promoção da cultura de segurança da equipa, zelar pela existência de dotações seguras, garantir a existência de mecanismos de comunicação na equipa, entre outras também importantes.

Comparando os resultados obtidos neste estudo com os resultados obtidos por Castilho em 2014, verificamos que ocorreu uma melhoria significativa na dimensão Resposta ao erro não punitiva, mas que as restantes dimensões da cultura de segurança organizacional evidenciam-se como prioritárias para implementação de projetos de melhoria contínua.

Os resultados da investigação que desenvolvemos, são suportados por outros, designadamente pelo estudo multicêntrico conduzido por Ribeiro e colaboradores (2024), em que autores sugerem que as organizações de saúde promovam de ambientes de prática de enfermagem positivos e realçam o papel dos líderes, a comunicação, a dotação adequada de profissionais, o trabalho em equipa, as competências clínicas, a autonomia profissional e o reconhecimento como fatores que caracterizam o ambiente e afetam o bem estar profissional e o desempenho.

No que concerne às hipóteses de pesquisa formuladas consideramos as 3 hipóteses parcialmente corroboradas, dado que:

Hipótese 1 - não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da perceção dos enfermeiros em relação a eventos adversos associados à prática de enfermagem, em função do sexo do enfermeiro;

Hipótese 2: a dimensão cultura de segurança Resposta ao erro não punitiva não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhuma dimensão dos EV;

Hipótese 3 – também aqui se constatou que a dimensão de cultura de segurança referente à Resposta ao erro não punitiva não apresentou correlações estatisticamente significativas com nenhuma dimensão das práticas de enfermagem.

Chegados aqui, importa refletir algumas limitações que este estudo apresenta, designadamente, o tempo decorrido entre a recolha de dados e a entrega desta dissertação. Contudo, consideramos que apesar desta limitação, os resultados são atuais e podem suscitar interesse de índole prático ao nível dos contextos hospitalares, mas, também, potenciar o interesse científico em aprofundar o conhecimento sobre esta problemática. Neste pressuposto, apontamos de seguida, as implicações que se nos configuram possíveis:

- (i) **Implicações para a prática clínica e formação continua dos enfermeiros** - os resultados evidenciam a necessidade da prática sustentada em evidências, da discussão crítica dos processos de cuidados e resultados de saúde mais diretamente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Realçam ainda, a importância de os enfermeiros requererem o reconhecimento prático do respetivo ato profissional, na sua abrangência e condições de exercício (OMS, 2022).

- (ii) **Implicações para a gestão** - ao nível da gestão intermédia e operacional, estes resultados são suscetíveis de induzirem à reflexão, pelos próprios, sobre o papel e responsabilidade destes gestores na qualidade efetiva dos cuidados de saúde oferecidos nos contextos que gerem. Induzem ainda à discussão, em equipa de enfermagem, de quais os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem devem ser monitorizados no pressuposto da obtenção de evidências dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2004; Cerejeira et al., 2023). Na realidade portuguesa, os enfermeiros gestores assumem um papel definido na gestão de recursos humanos e materiais que impactam na qualidade dos ambientes dos contextos. Ambientes de práticas positivas agregam as seguintes características: políticas de saúde, segurança e bem-estar ocupacional, cargas de trabalho justas, clima organizacional que reflita práticas eficazes de gestão e liderança, participação dos profissionais na tomada de decisão, equilíbrio saudável entre a vida profissional e progressão na carreira, identidade profissional, autonomia e controlo sobre a prática, remuneração e benefícios dignos, dotações seguras de pessoal, apoio e supervisão aos enfermeiros, comunicação aberta e transparente, programas de reconhecimento, acesso a equipamentos e material de apoio adequados (ICN, citado por Ribeiro et al., 2023, p.35). Suscitam ainda a questão da pertinência de repensar a constituição das equipas de trabalho e os critérios de atribuição de doentes em função das competências dos enfermeiros.
- (iii) **Implicações para a Investigação** - os resultados obtidos induzem ao aprofundamento da pesquisa no sentido de compreender as discrepâncias de perceção dos enfermeiros no que concerne às práticas e fatores de influência estudados. Ainda remetem para a investigação focada na gestão do risco clínico, da qual poderia emanar conhecimento de base para a tomada de decisão de índole preventiva dos EA.
- (iv) **Implicações para o Ensino** - este estudo revela a importância de rever os currículos no ensino formal de enfermeiros, nos seus diferentes níveis de formação, incluir a temática dos cuidados seguros e a sensibilização para a possibilidade de ocorrência de erros em contextos de saúde.

7. Conclusão

Concluído o estudo que nos propusemos realizar, chegamos ao momento de apresentar as conclusões do mesmo.

As hipóteses de pesquisa formuladas foram parcialmente confirmadas e os resultados obtidos realçam a idade dos enfermeiros, o tempo de experiência no hospital e a cultura de segurança organizacional, como fatores detentores de influência para o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem o que nos leva a pensar que a experiência contribui para um maior conhecimento e habilidades práticas, resultando em cuidados mais eficazes e seguros.

Fragata (2006, p. 66), afirma que “doentes, médicos, enfermeiros fazem assim parte de um universo onde múltiplos fatores parcelares, ou fractais (unidades pequenas) se interligam e, sobretudo, interagem entre si para produzir resultados clínicos...incertos”.

Foi nossa intenção saber o que poderia ser feito para garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade aos doentes hospitalizados.

Ficamos cientes, mediante a informação resultante da pesquisa efetuada e da revisão da literatura, que os enfermeiros na sua prática clínica hospitalar, prestam cuidados que influenciam de forma positiva e negativa os resultados de saúde para os doentes.

A revisão teórica realizada evidenciou a cadeia de acontecimentos que culmina na ocorrência de um acidente de segurança do doente e a importância do conhecimento dos fatores de risco sistêmicos e dos imputáveis ao contexto específico das práticas, para implementar medidas de gestão de risco e redesenhar os processos de prestação de cuidados numa perspectiva de melhoria continua.

Existem evidências sólidas de que os erros involuntários cometidos pelos profissionais de saúde estão na origem de grande parte dos eventos adversos associados aos cuidados, mas também que estes acontecem quando não existe uma efetiva cultura de segurança do doente, ancorada numa política organizacional de qualidade, práticas profissionais sustentadas em evidências e profissionais de saúde em numero suficiente, satisfeitos e detentores das competências clínicas necessárias para a demanda de cuidados a que são sujeitos.

Entre as reconhecidas práticas de enfermagem mais propícias à ocorrência de eventos adversos, as relacionadas com a medicação assumem um papel de destaque nos incidentes de saúde a nível mundial, sendo, no entanto consensual a importância vital da vigilância dos doentes efetuada pelos enfermeiros para o despiste precoce de complicações.

Os profissionais de saúde são solicitados a incluírem o doente e seus familiares ou cuidadores como parceiros de cuidados e a focarem-se na identificação inequívoca dos doentes, nos processos

comunicação, nos ambientes das práticas e a notificação de incidentes como aspetos a atender como determinantes para a segurança dos doentes, sem descurar o próprio desenvolvimento profissional em termos de competências clínicas.

A necessidade de investir na participação e envolvimento dos enfermeiros na definição de políticas, qualificação profissional, avaliação sistemática dos cuidados, indicadores de desempenho e supervisão é uma preocupação comum aos dois países.

Fornecem evidências para o desenvolvimento de ambientes de prática positivos para os pacientes, profissionais e organizações, contribuindo para a redução do stress profissional e do *burnout*, retenção da força de trabalho de enfermagem e excelente segurança institucional. Sugerem que os hospitais precisam de apoio para desenvolver ambientes que incentivem a formação contínua e uma cultura de avaliação entre os enfermeiros. Além disso, é fundamental promover a participação e o envolvimento dos enfermeiros na definição das políticas hospitalares, uma vez que estes aspetos conduzem a práticas mais eficazes e eficientes, contribuindo, em última análise, para sistemas de saúde mais sustentáveis. Tendo finalizado esta dissertação, consideramos que existe margem para aprofundar o estudo, nomeadamente, identificar se as rotinas do serviço influenciam a execução das práticas de enfermagem.

8. Referências bibliográficas

- Amaral, A. F. S., & Ferreira, P. L. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, novembro 2013: 66-73.
- Anvisa. (2017). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Copyright.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomédica* (4º ed.). São Paulo: Loyola.
- Benner, P., Malloch, K., Sheets, V., Bitz, K., Emrich, L., Thomas, M. B., Bowen, K., Scott, K. A., Patterson, L., Schwed, K., Marie, & Farrell. (2006). *TERCAP: Creating a National Database on Nursing Errors*. Harvard Health Policy Review.
- Benner, Patricia. (1984). From Novice To Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *AJN The American Journal of Nursing*. 84. 1480. 10.1097/00000446-198412000-00025.
- Bilhim, J. A. F. (2013). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas* (7º ed.). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bilhim, J. A. F. (2016). *Gestão estratégica de recursos humanos* (5º ed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A. S., & Kelly, M. M. (2020). SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Appl Ergon*, 84, 103033. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.103033>
- Castilho, A. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança*. [Instituto de Ciências Biomédicas Abeló Salazar, Universidade do Porto]. Tese de doutoramento.
- Cerejeira, I., Lourenço, M., Maciel, E., & Ferreira, N. (2023). Avaliação sistemática dos cuidados e dos indicadores de enfermagem. In *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos: Um roteiro para a qualidade e segurança*. Lidel
- Conselho da União Europeia. (2009). *Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 1999, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Retrieved from [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN)
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses: Resultados do estudo piloto*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 025/2013. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa. Retrieved from https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf_1.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Norma nº 5/2018. Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.asp>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a segurança do doente 2021-2026*. Lisboa.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. (Vol. 1). Ann Harbor: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull*, 18(11), 356-360. [https://doi.org/10.1016/s0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30560-7)

Doyon, O., & Raymond, L. (2024). Surveillance and patient safety in nursing research: A bibliometric analysis from 1993 to 2023. *J Adv Nurs*, 80(2), 777-788. <https://doi.org/10.1111/jan.15793>

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação-ação numa unidade de radioterapia*. [Universidade Nova de Lisboa]. Tese de doutoramento em Saúde Pública, Políticas, Gestão e Administração da Saúde.

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

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.

Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O erro em medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fragata, J., & Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.

Fragata, J., Ferreira, S., Santos, S., & Barros, P. P. (2006). *Risco Clínico: complexidade e performance*. Lisboa: Edições Almedina.

França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S., Fragata, J., & Barros, P. P. (2006). *Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina.

Gama, Z. A. S., & Saturn, P. J. (2017). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Copyright.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, K., L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US).

International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de Informação e Acção*. Suíça: Copyright.

International Council of Nurses. (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Suíça: Copyright.

Lara, S. H. O., Sanches, R. S., Soares, M. I., & Resck, Z. M. R. (2024). Aplicabilidade Das Tecnologias Na Assistência De Enfermagem Com Foco Na Segurança Do Paciente. *Enfermagem em Foco*, 15. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202408>

Mansoa, A. (2010). *Erro dos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos - estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um hospital português*. [Universidade Nova de Lisboa]. Dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento.

Majrabi, M. (2022). Nurses Burnout, Resilience and Its Association with Safety Culture: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Nursing*, 12(01), 70-102. <https://doi.org/10.4236/ojn.2022.121006>

Ministério da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. Retrieved from: https://www.anci.pt/sites/default/files/legisla%C3%A7%C3%B5es/programa_nacional_de_prevencao_e_controlo_de_infeccao_associada_oas_cuidados_de_saude_0.pdf

Ministério da Saúde. (2013). *Despacho n.º 3635/2013 de de 7 de março de 2013. Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3635-2013-1977645>

Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio de 2015. Estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio. Estratégia Nacional para a Qualidade em saúde*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5739-2015-67344509>

Ministério da Saúde. (2015). *Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Ministério da saúde. (2021). *Despacho n.º 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Mintzberg, H. (1982). *Structure Et Dynamique Des Organisations*. Éditions d'Organisation. Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação Em Enfermagem*. Teoria e Prática. Lidel

Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12 Suppl 2(Suppl 2), ii17-23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. London: Longman, Green, Longman, Roberts and Green.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Suplemento da revista nº 13.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de decisão sobre segurança do cliente*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Lisboa. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: II série. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *West J Med*, 172(6), 393-396. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.6.393>

Ribeiro, O., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). *Ambientes de prática de enfermagem positivos*. Lisboa: Lidel.

Rodrigues, F. M. A., Pereira, R. P. G., & Martins, M. M. (2023). Cultura organizacional para a mudança num contexto hospitalar: uma perspectiva de enfermagem. *Acta Paulista De Enfermagem*, 36. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023A000551>

Schein, E. H. (2009). *Cultura Organizacional e Liderança* (1º ed.). São Paulo: Atlas

Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro*. [Universidade de Coimbra]. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde.

Sousa, P., & Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio do Janeiro: Editora Fiocruz

Sousa, P., Lage, M. J., & Rodrigues, V. (2019). Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In *Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspectos fundamentais*. Rio do Janeiro: Editora Fiocruz.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Anexos

Anexo I – Autorização das autoras para a utilização dos instrumentos de colheita de dados

Pedido de autorização para uso de instrumento de colheita de dados

Caixa de entrada

M

Maria Carreiras Fernandes <maria7barcelos@gmail.com>
para afilomena
Ex.ma Senhora
Professora Amélia Castilho

Maria Carreiras da Silva Fernandes, enfermeira e estudante de Mestrado em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontrando-se a individuais dos enfermeiros e dos fatores organizacionais", sob orientação da Senhora Professora Isabel Lage da ESEUMinho, solicita autorização para utilizar o questionário Dado o limite de tempo para a conclusão da dissertação, mais se solicita a V. Ex., brevidade na resposta.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Maria Carreiras

a

Amélia Castilho <afilomena@esenfc.pt>
para mim
Boa tarde Srª Enfermeira

Tenho todo o gosto em autorizar a utilização da referida escala.

Envio em anexo a escala e orientação sobre a constituição das dimensões.

Desejo-lhe um bom trabalho

Amélia Castilho

Pedido de autorização para uso de instrumento de colheita de dados

Caixa de entrada

M

Maria Carreiras Fernandes <maria7barcelos@gmail.com>
para margarida.eiras
Ex.ma Senhora

Doutora Margarida Eiras,

Maria Carreiras da Silva Fernandes, enfermeira e estudante de Mestrado em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontrando-se a realizar a dissertação dos fatores organizacionais", sob orientação da Senhora Professora Isabel Lage da ESEUMinho, solicita autorização para utilizar o questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (1) a conclusão da dissertação, mais se solicita a V. Ex., brevidade na resposta.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Maria Carreiras

m

margarida eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>
para mim
Bom dia
Muito agradeço o seu contacto.

Autorizo a utilização do instrumento e gostaria de ter acesso aos resultados.
Desejo que a sua tese decorra da melhor forma.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras, PhD

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Anexo II – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Estudo de investigação:

“ A segurança dos doentes: análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes”,

Exmo. Sr. (a) Enfermeiro(a),

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, tenho de elaborar uma dissertação para a qual solicito a sua participação no estudo de investigação que me encontro a desenvolver.

A segurança dos doentes nos hospitais é variável e influenciada pela cultura organizacional em matéria de política de segurança e pelos eventos adversos relacionados com as práticas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, o que justifica a minha opção temática.

A recolha de dados será efetuada através de dois instrumentos: questionário e escala que deve preencher em associação.

Ressalvo que será respeitado o anonimato dos participantes, o sigilo e confidencialidade da informação obtida no estudo e que será apenas utilizada para fins académicos. A sua participação é voluntária e pode cessar a qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo para a sua pessoa. Os instrumentos de colheita de dados, depois de preenchidos, devem ser colocados na caixa que coloco no seu serviço para o efeito e que será por mim recolhida.

Considerando as explicações acima referidas:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Comprometo-me ainda a assegurar a veracidade dos dados que irei transmitir.

Data: / /2018

(Assinatura do participante)

Muito obrigada pela sua colaboração,

(Maria Carreiras da Silva Fernandes)

Nota: Este documento é composto por 2 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador /a, outra para o participante.

Anexo III – Questionário Hospitalar sobre Política de Segurança do Doente

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR SOBRE POLÍTICA DE SEGURANÇA DO DOENTE

(Versão portuguesa traduzida e validada por Eiras, 2011)

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo.

Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências do Hospital onde trabalha.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Um “evento/ocorrência” é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano ao doente.
A “segurança do doente” é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados.

Instruções de preenchimento: Leia atentamente a escala de resposta e assinale apenas uma opção.

Considere o serviço/unidade onde trabalha habitualmente

Este questionário levará cerca de 10 a 15 minutos a responder.

SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

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

1 - Discordo fortemente

2 – Discordo

3 - Não concordo nem discordo

4 – Concordo

5 - Concordo fortemente

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

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

(EAAPE)

(Castilho, 2014)

Instruções de preenchimento

Considere o Serviço/unidade do hospital onde trabalha habitualmente.

Leia atentamente os enunciados e, em cada um, assinale apenas um ponto da escala, preenchendo o ○ (circulo).

4

- Um **evento adverso** é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, suscetível de causar dano ao doente.
- A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

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

9. Ocorrem úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
5 - Medicação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentement e	Sempre
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem erros de medicação	①	②	③	④	⑤
5.A. Ocorrem erros na preparação da medicação por:					
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	①	②	③	④	⑤
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	①	②	③	④	⑤
3. A farmácia enviar o medicamento errado	①	②	③	④	⑤
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	①	②	③	④	⑤
5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade	①	②	③	④	⑤
6. Distração do enfermeiro	①	②	③	④	⑤
5.B. Ocorrem erros na administração da medicação por:					
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de	①	②	③	④	⑤
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	①	②	③	④	⑤
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	①	②	③	④	⑤
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	①	②	③	④	⑤
5. Incorrecta identificação do medicamento preparado	①	②	③	④	⑤
6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente	①	②	③	④	⑤
7. Falhas na execução da técnica de administração	①	②	③	④	⑤
5.C. Vigilância da medicação					
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	①	②	③	④	⑤
6- Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS)					
1. Existe risco de ocorrerem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
3. A. Higienização das mãos realiza-se nos cinco momentos:					
1. ANTES E APÓS O CONTACTO COM O DOENTE E COM O AMBIENTE	①	②	③	④	⑤
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos	①	②	③	④	⑤
3. Após risco de exposição a fluidos corporais	①	②	③	④	⑤
4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são seleccionados e ajustados aos procedimentos a realizar	①	②	③	④	⑤
5. Na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	①	②	③	④	⑤
6. Os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	①	②	③	④	⑤
7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	①	②	③	④	⑤
8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que	①	②	③	④	⑤
9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	①	②	③	④	⑤

7 - Percepção Geral (no meu serviço)					
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	①	②	③	④	⑤
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	①	②	③	④	⑤

Anexo V – Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 007/2018

Título do projeto: *A segurança dos doentes - análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes*

Investigador(a) responsável: Isabel Lage, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Odete Sofia Araújo, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; e Maria Carreiras da Silva Fernandes, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Hospital Santa Maria Maior, EPE

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *A segurança dos doentes - análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 23 de abril de 2018.

A Presidente

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital
por MARIA CECÍLIA DE
LEMONS PINTO ESTRELA LEÃO
Dados: 2018.04.23 16:21:41
+01'00'

Maria Cecilia de Lemos Pinto Estrela Leão

Anexo VI – Autorização da entidade hospitalar para a realização da colheita de dados

Deliberação do CA de 04-10-2018 - A segurança dos doentes: análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco da ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes

Clara Vilaca <claravilaca@hbarcelos.min-saude.pt>

seg, 08/10/2018 12:42

Para: MARIA CARREIRAS DA SILVA FERNANDES <791@hbarcelos.min-saude.pt>

Exma. Sra. Enf.ª Maria Carreiras,

Envio a transcrição da deliberação do CA de 04-10-2018 sobre o seu pedido de realização do Estudo de Investigação “A segurança dos doentes: análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco da ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes”:

Deliberação do CA de 04-10-2018:

“Autorizado e aprovada a realização do Estudo, na sequência do parecer favorável da Comissão de Ética exarado na ata da reunião nº 03/2018 de 201 de setembro.”

Parecer da Comissão de Ética:

“Ponto 3. - Apreciado o Estudo de Investigação “A segurança dos doentes: análise da influência das características dos enfermeiros e da cultura organizacional no risco de ocorrência de eventos adversos associados à segurança dos doentes” requerido por Maria Carreiras da Silva Fernandes, assim como, o parecer já emitido pela Sub-Comissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, de 23 de abril de 2018, bem como o parecer de 28 de agosto de 2018 da Sra. Dra. Ana Santos EPD, em especial as conclusões deste, foi deliberado por unanimidade dar parecer favorável. Mais deliberam que a requerente, na execução do estudo em causa, comunique, periodicamente e a final, à mesma (EPD) o desenvolvimento do estudo.”

Com os melhores cumprimentos,

Clara Vilaça

Responsável do Secretariado do Conselho da Administração



HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE

Campo da Republica - Apartado 181

4754 909 Barcelos

TEL +351 253 809 230 FAX +351 253 817 379

claravilaca@hbarcelos.min-saude.pt

www.hbarcelos.min-saude.pt/

PENSE ANTES DE IMPRIMIR