

Nelson Serrano Antunes

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E SEGURANÇA DO DOENTE: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS



Nelson Serrano Antunes

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E SEGURANÇA DO DOENTE: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Relatório final realizado no âmbito do 3º curso de mestrado, para candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor João Carvalho Duarte

Professora Doutora Maria Odete Pereira Amaral



“Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável”

Sir Liam Donaldson

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Duarte e à Professora Doutora Odete Amaral, pelo apoio, empenho, disponibilidade e competência científica e profissional.

Aos investigadores que gentilmente cederam os seus instrumentos de recolha de dados.

Ao conselho de administração da Unidade local de saúde de Castelo Branco pela permissão para realização do estudo.

A todos os enfermeiros que participaram.

Ao Guilherme e ao Rodrigo pelas horas de privação familiar, compreensão e apoio.

À Isabel pelo incentivo, amor partilhado e apoio incondicional.

A todos os familiares que nos apoiaram e estimularam.

Aos colegas de “aventura académica” Fernando Micaelo e João Valente pela amizade incentivo.

A todos os que direta ou indiretamente possibilitaram a realização deste estudo.

Resumo

Enquadramento: A segurança do doente é um problema internacional e uma prioridade das políticas de saúde de múltiplos organismos/instituições nacionais de saúde. Neste âmbito, surgem os sistemas de notificação de incidentes.

Objetivo: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e sobre a segurança do doente.

Métodos: Recorremos a uma triangulação metodológica constituída por um estudo quantitativo (estudo A) e outro qualitativo (estudo B). O estudo A é analítico, transversal, realizado com 182 enfermeiros. Os dados foram recolhidos por questionário, constituído por variáveis sociodemográficas e profissionais e escalas para avaliar doze dimensões da notificação e segurança do doente. O estudo B é exploratório, realizado com 18 enfermeiros, através de entrevista semiestruturada.

Resultados: Para os enfermeiros todos os incidentes devem ser notificados, mas a frequência de notificação é baixa e diminui com a gravidade do dano, 65,0% não registou qualquer ocorrência no último ano e 82,3% desconhece o sistema de notificação. Os principais obstáculos à notificação são o receio de punição e os principais fatores facilitadores são os benefícios que advêm da notificação para o doente, a ausência de retaliações no trabalho, uma relação positiva com os superiores hierárquicos, o anonimato e a perceção de resultados da notificação. Aproximadamente 60,0% dos enfermeiros tem uma perceção geral da segurança do doente positiva.

Conclusão: A perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes reflete desconhecimento da temática, elevado receio de punição, originando baixa frequência de notificação. A perceção sobre a segurança do doente é positiva. É necessário melhorar a cultura de segurança da organização e o conhecimento dos enfermeiros sobre o papel da notificação.

Palavras-Chave: segurança do doente, notificação de incidentes, enfermeiros.

Abstract

Background: Patient safety is an international issue and a priority of multiple health policy organizations and national health institutions. In this context, there are incidents reporting systems.

Objective: The main objective is to know the perception of nurses on reporting incidents and the safety of the patient.

Methods: It was applied the methodological triangulation that consists in a quantitative study (study A) and another qualitative study (study B). The study A is cross-sectional study that had included 182 nurses. The data were collected through questionnaire that consists on socio-demographic and professional data, also were applied scales to assess twelve dimensions of notification and patient safety. The study B is exploratory and was carried out with 18 nurses, through semi-structured interviews.

Results: For nurses all incidents should be reported, but the frequency of reporting is low and decreases with the severity of the damage, 65,0% did not register any occurrence in the last year and 82.3% are unaware of the notification system. The main obstacles to notice is the fear of punishment and major facilitating factors are the benefits arising out of the notice to the patient, the absence of retaliation at work, a positive relationship with superiors, anonymity and the perception of reporting results. Approximately 60,0% of nurses have an overall positive perception of the safety of the patient.

Conclusion: The perception of nurses about reporting incidents reflects ignorance of the subject, high fear of punishment, resulting low frequency notification. The perception about patient safety is positive, but it is necessary to improve the organization's safety awareness and knowledge the nurses of the importance of reporting.

Keywords: patient safety, hospital Incident reporting, nurses.

X

Sumário

	Pág.
Resumo	VII
Abstract	IX
Lista de tabelas	XV
Lista de quadros	XIX
Lista de figuras	XXI
Abreviaturas e siglas	XXIII
Introdução	25
PARTE I. Enquadramento teórico	
CAPÍTULO 1. Qualidade em Saúde	31
CAPÍTULO 2. Segurança do doente	37
2.1. Cultura de segurança do doente.....	37
2.2. Segurança do doente e cultura de segurança em Portugal.....	43
CAPÍTULO 3. Gestão do risco	47
3.1. Risco clínico	48
3.2. Incidentes e eventos adversos.....	49
3.2.1. Fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos	51
3.2.2. Eventos adversos mais frequentes	53
CAPÍTULO 4. Sistemas de notificação	57
4.1. Características dos sistemas de notificação e registo.....	57
4.2. O sistema de notificação português	61
4.3. Perceção sobre a notificação.....	64
PARTE II. Investigação empírica	
CAPÍTULO 1. Enquadramento do estudo	71

ESTUDO A (Estudo quantitativo): Percepção dos enfermeiros sobre notificação de incidentes e segurança do doente	73
CAPÍTULO 2. Metodologia	75
2.1. Métodos	75
2.2. Participantes	77
2.2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra	78
2.3. Instrumento de recolha de dados	82
2.3.1. Questionário	82
2.4. Procedimentos	93
2.4.1. Procedimentos formais e éticos	93
2.4.2. Procedimentos na recolha de dados	94
2.5. Análise estatística de dados	95
CAPÍTULO 3. Apresentação dos resultados	99
3.1. Análise descritiva	99
3.1.1. Percepção da frequência das causas primárias dos erros	99
3.1.2. Opinião dos enfermeiros sobre a comunicação de incidentes e EA	100
3.1.3. Frequência de notificação de incidentes e EA	107
3.1.4. Fatores que interferem na notificação de incidentes e eventos adversos	116
3.1.5. Segurança do doente	121
3.2. Análise inferencial	124
3.2.1. Percepção da frequência das causas primárias dos erros	124
3.2.2. Opinião dos enfermeiros sobre a comunicação de incidentes e EA	128
3.2.3. Frequência de notificação de incidentes e EA	134
3.2.4. Fatores que interferem na notificação de incidentes e EA	138
3.2.5. Segurança do doente	144
CAPÍTULO 4. Discussão	149
4.1. Discussão metodológica	149
4.2. Discussão dos resultados	150
ESTUDO B (Estudo qualitativo): Percepção dos enfermeiros sobre notificação de incidentes e segurança do doente	161
CAPÍTULO 5. Metodologia	163
5.1. Métodos	163
5.2. Seleção e caracterização dos participantes no estudo	164
5.3. Instrumento de recolha de dados	165
5.4. Procedimentos éticos e formais	166

5.5. Procedimentos de análise da informação	168
CAPÍTULO 6. Apresentação e discussão dos resultados	169
6.1. Divulgação de incidentes e eventos adversos	171
6.2. Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos	175
6.3. Os incidentes e eventos adversos	178
6.4. A notificação dos incidentes e eventos adversos	183
6.5. A segurança do doente.....	191
CAPÍTULO 7. Síntese integrativa	193
CAPÍTULO 8. Conclusões.....	201
Referências bibliográficas	205
Anexos.....	217
Anexo A – Autorizações utilização dos questionários	219
Anexo B – Parecer da Comissão de Ética	227
Anexo C – Autorização do CA da ULSCB.....	231
Apêndices	235
Apêndice A - Questionário	237
Apêndice B – Guião entrevista.....	245
Apêndice C – Consentimento de Participação	249

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1: Barreiras e vantagens na comunicação de eventos adversos.....	67
Tabela 2: Estatísticas relativas à idade.....	78
Tabela 3: Estatísticas relativas à experiência profissional	79
Tabela 4: Estatísticas relativas à experiência no hospital	80
Tabela 5: Estatísticas relativas à experiência no serviço	80
Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e profissional em função do sexo	81
Tabela 7: Dados estatísticos relativos à frequência das causas primárias dos erros	99
Tabela 8: Dados estatísticos referentes à variável divulgação do erro.....	101
Tabela 9: Caracterização da variável divulgação do erro, em função do sexo.....	102
Tabela 10: Dados estatísticos referentes à variável comunicação e feedback acerca do erro	103
Tabela 11: Caracterização da variável feedback e comunicação acerca do erro por sexo	104
Tabela 12: Dados estatísticos referentes à variável abertura na comunicação.....	105
Tabela 13: Caracterização da variável abertura na comunicação por sexo	106
Tabela 14: Caracterização da percepção sobre o SNNIEA em função do sexo	107
Tabela 15: Registo de incidentes e EA em função da sua ocorrência	109
Tabela 16: Registo de incidentes e EA ocorridos em função do sexo, idade, formação e experiência profissional, percepção acerca do SNNIEA e do nível de segurança do doente	111
Tabela 17: Estatísticas relativas à frequência de notificação em função das consequências.....	112
Tabela 18: Frequência de notificação de uma ocorrência em função das consequências para o doente por sexo.....	114
Tabela 19: Dados estatísticos referentes à frequência de notificação nos últimos 12 meses.....	115
Tabela 20: Dados estatísticos relativos aos obstáculos da notificação	117
Tabela 21: Dados estatísticos relativos aos fatores facilitadores da notificação	118
Tabela 22: Dados estatísticos relativos à resposta ao erro não punitiva.....	119
Tabela 23: Caracterização da resposta ao erro não punitiva em função do sexo	120

Tabela 24:	Dados estatísticos relativos ao nível de segurança do doente	121
Tabela 25:	Caracterização do nível de segurança do doente em função do sexo.....	122
Tabela 26:	Dados estatísticos relativos à perceção geral sobre a segurança do doente.....	122
Tabela 27:	Caracterização da perceção geral sobre a segurança do doente em função do sexo	123
Tabela 28:	UMW entre frequência das causas primárias dos erros e sexo.....	125
Tabela 29:	ANOVA I entre frequência das causas primárias dos erros e grupo etário	125
Tabela 30:	UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e grau académico	125
Tabela 31:	ANOVA I entre a frequência das causas primárias dos erros e experiência profissional.....	126
Tabela 32:	UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e categoria profissional.....	126
Tabela 33:	UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e concordância com um SNNIEA.....	126
Tabela 34:	UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e o conhecimento do SNNIEA	127
Tabela 35:	KW entre a frequência das causas primárias dos erros e o NSD	127
Tabela 36:	KW entre a frequência das causas primárias dos erros e o registo de ocorrências	127
Tabela 37:	UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e sexo	128
Tabela 38:	ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o grupo etário.....	129
Tabela 39:	UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o grau académico	129
Tabela 40:	ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência profissional.....	130
Tabela 41:	ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência no hospital	130
Tabela 42:	ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência no serviço	131
Tabela 43:	UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a categoria profissional	131
Tabela 44:	UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a concordância com um SNNIEA.....	132

Tabela 45: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a concordância com um SNNIEA.....	132
Tabela 46: Teste KW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o nível de segurança do doente.....	133
Tabela 47: KW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o registo das ocorrências	133
Tabela 48: UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o sexo.....	135
Tabela 49: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o grupo etário	135
Tabela 50: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o grau académico	135
Tabela 51: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a experiência	136
Tabela 52: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a categoria profissional.....	136
Tabela 53: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a concordância com o SNNIEA.....	136
Tabela 54: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o conhecimento do SNNIEA	137
Tabela 55: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o NSD	137
Tabela 56: Teste KW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o registo das ocorrências	137
Tabela 57: Teste UMW entre dimensões com interferência na notificação e o sexo.....	138
Tabela 58: ANOVA I entre as dimensões com interferência na notificação e o grupo etário	139
Tabela 59: UMW entre dimensões com interferência na notificação e o grau académico	139
Tabela 60: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência profissional	140
Tabela 61: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência no hospital	140
Tabela 62: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência no serviço	141
Tabela 63: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e a categoria profissional	141

Tabela 64: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e a concordância com o SNNIEA.....	142
Tabela 65: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e o conhecimento do SNNIEA	142
Tabela 66: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões interferentes na notificação e o NSD	142
Tabela 67: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões interferentes na notificação e o registo da ocorrência	143
Tabela 68: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e sexo	144
Tabela 69: ANOVA I entre percepção geral sobre segurança do doente e grupo etário	144
Tabela 70: UMW entre a percepção sobre segurança do doente e grau académico	144
Tabela 71: ANOVA I entre percepção geral sobre segurança do doente e experiência profissional.....	145
Tabela 72: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e categoria profissional.....	145
Tabela 73: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e concordância com um SNNIEA.....	146
Tabela 74: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e conhecimento do SNNIEA	146
Tabela 75: KW entre percepção geral sobre segurança do doente e NSD	146
Tabela 76: KW entre percepção geral sobre segurança do doente e registo das ocorrências	147

Lista de quadros

	Pág.
Quadro 1: Benchmarking internacional da cultura de segurança do doente	42
Quadro 2: Comparação da classificação global da segurança do doente.....	43
Quadro 3: Comparação internacional dos sistemas de notificação.....	60
Quadro 4: Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais.....	85
Quadro 5: Consistência interna da frequência de notificação	86
Quadro 6: Consistência interna da escala de obstáculos à notificação.....	87
Quadro 7: Consistência interna da escala de fatores facilitadores da notificação	88
Quadro 8: Consistência interna da escala de causas primárias de erro.....	89
Quadro 9: Consistência interna da escala de comunicação acerca do erro.....	90
Quadro 10: Consistência interna do feedback e comunicação acerca do erro.....	90
Quadro 11: Consistência interna da Abertura na comunicação	91
Quadro 12: Consistência interna da escala de divulgação dos erros.....	91
Quadro 13: operacionalização das variáveis cognitivas.....	92
Quadro 14: Consistência interna da escala de percepções gerais sobre segurança do doente	92
Quadro 15: Consistência interna da escala de resposta ao erro não punitiva.....	93
Quadro 16: Operacionalização da variável percepção acerca da segurança do doente no serviço/hospital	93
Quadro 17: Frequência das causas primárias dos erros.....	100
Quadro 18: Concordância com a divulgação do erro	102
Quadro 19: Frequência do feedback e comunicação acerca do erro	104
Quadro 20: Caracterização da abertura na comunicação	106
Quadro 21: Interferência das consequências para o doente na notificação	114
Quadro 22: Caraterização dos obstáculos à notificação	117
Quadro 23: Caracterização dos fatores facilitadores da notificação.....	119
Quadro 24: Caracterização do sentimento de punição como consequência da comunicação do erro	120
Quadro 25: Percepção geral da segurança do doente por nível de concordância	124

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1: Esquema geral da investigação	71
Figura 2: Desenho da metodologia de investigação.....	76
Figura 3: Representação esquemática da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.....	77
Figura 4: Estrutura do fenómeno	170
Figura 5: Categorização da divulgação de incidentes e eventos adversos	171
Figura 6: Categorização do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos	175
Figura 7: Categorização dos incidentes e eventos adversos	178
Figura 8: Categorização da notificação dos incidentes e eventos adversos.....	183
Figura 9: Categorização da segurança do doente.....	191

Abreviaturas e siglas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANOVA I	Análise de variância a um fator
CISD	Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
EA	Eventos Adversos
EFQM	European Foundation for Quality Management
EUA	Estados Unidos da América
HAL	Hospital Amato Lusitano
IACS	Infeções associadas aos cuidados de saúde
IoM	Institute of Medicine
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
JCI	Joint Commission International
KFHQS	King's Fund Health Quality Service
KW	Kruskal-Wallis
NSD	Nível de segurança do doente
OE	Ordem dos enfermeiros
OM	Ordenações médias
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAH	Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais
SF-36	Questionário de estado de saúde
SNNIEA	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

XXIV

SNS Serviço Nacional de Saúde

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

UE União Europeia

ULSCB Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

UMW U-Mann-Whitney

WHO World Health Organization

Introdução

A segurança do doente, tema central no âmbito da qualidade dos serviços de saúde, tem desde o início do presente século assumido maior importância no contexto dos cuidados de saúde. Para isso contribuiu de forma decisiva o relatório do *Institute of Medicine* (IoM) ao divulgar a estimativa de mortes anuais (44000 a 98000) nos Estados de Nova York, Colorado e Utah atribuíveis a erros ocorridos no tratamento (Kohn, Corrigan, & Molla, 2000). Aos Estados Unidos seguiram-se a Austrália, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia, Dinamarca e Espanha. Esta realidade chamou a atenção da comunidade mundial para a maior responsabilização na redução e prevenção de eventos adversos (EA) na prestação de cuidados de saúde, principalmente através de uma eficaz gestão do risco clínico (Bruno, 2010). Os custos associados à falta de segurança nos cuidados de saúde levaram a que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Europeia emanassem recomendações no sentido de minimizar os efeitos da falta de segurança nas organizações de saúde.

A declaração do Luxemburgo coloca as questões relacionadas com a segurança do doente na agenda política dos Estados-Membros. Nesse documento, a introdução de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde, a gestão do risco como instrumento de rotina e o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes e EA são algumas das prioridades recomendadas (Comissão Europeia, 2005). No mesmo ano a OMS publica as guidelines para os sistemas de notificação de EA e aprendizagem (World Alliance for Patient Safety, 2005). Em 2009 o Conselho da União Europeia recomenda aos Estados-Membros que classifiquem e meçam a segurança dos pacientes a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a Comissão e apoiem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre EA (Conselho Europeu, 2009).

Todos estes processos decorrem da necessidade de tornar mais seguras as organizações de saúde onde se executam procedimentos cada vez mais complexos, em virtude do desenvolvimento científico e tecnológico. Estima-se que na União Europeia (UE) entre 8,0% e 12,0% dos doentes que recorrem ao hospital sejam vítimas de incidentes ou EA como consequência dos cuidados prestados e não da doença e aproximadamente 50,0% destas complicações poderiam ter sido prevenidas (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde [Portugal, MS, DGS, DQS], 2014a; Conselho Europeu, 2009).

O Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), com existência legal desde o dia 16 de Fevereiro de 2009 (Portaria n.º 155/2009, publicada no Diário da República, n.º 28, de 10 de Fevereiro) e integrado na Direção-Geral da Saúde (DGS), no âmbito da sua autonomia técnica, é responsável pelo planeamento e implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Desta estratégia, fazem parte prioridades estratégicas de atuação. Destacamos para este estudo, a qualidade clínica e organizacional e a segurança do doente (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a).

No âmbito da melhoria contínua da qualidade e na busca da excelência baseada na mais recente evidência científica, o DQS propôs-se desenvolver um conjunto de ações, das quais salientamos:

1. Criar um sistema nacional de notificação de incidentes e de EA, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro;
2. Divulgar normas de procedimentos que evitem as causas mais frequentes que põem em risco a segurança dos doentes, principalmente o erro clínico, o erro cirúrgico e o erro medicamentoso.

A “Qualidade dos cuidados de enfermagem - projetos, indicadores e critérios”, assim como “A segurança dos clientes” foram identificadas como áreas prioritárias de investigação científica em enfermagem em Portugal (Ordem dos enfermeiros, 2010). A notificação de incidentes e EA, tendo por principal objetivo a prevenção de ocorrência destas situações no futuro, promove a qualidade dos cuidados, assim como a segurança do doente.

Na nossa realidade profissional, constatamos que a cultura de notificação de incidentes e eventos adversos, assim como a cultura de segurança do doente estão pouco desenvolvidas. O número de notificações de incidentes e EA é insipiente, impossibilitando o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com o erro. Este problema levou-nos à constituição da questão central da nossa investigação: qual a perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e EA e sobre a segurança do doente?

A investigação que desenvolvemos enquadra-se nas áreas de investigação prioritárias e nas estratégias nacionais e internacionais de melhoria contínua da qualidade em saúde e tem como objetivo geral, conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e EA e sobre a segurança do doente.

O presente relatório está organizado em duas partes principais. Na primeira descrevemos o quadro de referência que suporta toda a investigação, com ênfase nas questões da qualidade em saúde, da segurança do doente e cultura de segurança do doente nas

organizações, da gestão do risco, da notificação dos incidentes e EA e dos sistemas de notificação.

A segunda parte descreve todo o percurso metodológico efetuado para responder à problemática e pressupõe dois estudos diferentes mas complementares, um quantitativo (estudo A) e outro qualitativo (estudo B). Para ambos, identificamos o tipo de estudo, questões de investigação, objetivos específicos da investigação, caracterização da amostra, descrição das principais variáveis e dos instrumentos de recolha de dados aplicados. Contempla ainda a análise descritiva e inferencial dos dados recolhidos no estudo A, a análise de conteúdo no estudo B, as respetivas discussões e termina com uma síntese integrativa e apresentação das principais conclusões.

No final do relatório deixamos as referências bibliográficas e todos os documentos auxiliares na elaboração deste estudo (anexos e apêndices).

Conhecer a realidade em que vivemos é o primeiro passo para podermos mudar aquilo que não está bem. Nesse sentido este estudo vem contribuir para o conhecimento do estado atual da cultura organizacional sobre a notificação de incidentes e EA, possibilitando a implementação de medidas que possam melhorar os procedimentos dos profissionais de enfermagem em relação à notificação. Entenda-se que notificar é preciso mas só fará sentido se desse processo não resultar punição mas aprendizagem contínua em segurança do doente e ganhos de qualidade em saúde.

CAPÍTULO 1. Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade em saúde, assim como as metodologias associadas à mesma, evoluíram a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e foram adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. A preocupação com esta temática é transversal a toda a história da medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman. Das várias definições de qualidade na indústria extrai-se como eixo comum, a noção de que esta passa pela adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

As tentativas de definir o conceito surgem com maior relevância nos anos noventa do século passado. A qualidade em saúde tem diferentes dimensões e diferentes perspetivas, a do utilizador dos serviços de saúde, a do profissional e a do gestor. Trata-se de um conceito dinâmico, existindo várias definições para o mesmo. Para o IoM, *“quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”*¹ (IoM, 1990, p. 24). O Conselho da Europa e a OMS têm apresentado outras propostas que segundo Campos, et al.(2010) nada de significativo acrescentam. Em 1997, o *Department of Health*, no Reino Unido, propôs outra definição: *“doing the right things, at the right time, for the right people, and doing them right - first time”*² (United Kingdom, Department of Health, 1997, p. 23). Esta definição representou uma boa síntese das várias dimensões da qualidade, mas ainda assim Campos, Saturno e Carneiro acrescentaram: *“in the right place at the lowest cost”*³ (Campos, et al., 2010, p. 12). Para concluir deixamos a definição mais completa, proposta pelo Programa Ibérico em 1990, referindo-se à qualidade dos cuidados de saúde como: “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”, incluindo a promoção da saúde e a prevenção da doença na prestação de cuidados (Campos, et al., 2010, p. 12).

As dimensões incorporadas no conceito de qualidade em saúde são várias, dependendo do autor, e evoluíram ao longo do tempo, mas a segurança do doente é lugar-comum desde as primeiras definições. O IoM em 2001 definiu as seguintes seis dimensões: segurança;

¹ Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade dos indivíduos e populações atingirem os resultados de saúde desejados, tendo em conta os conhecimentos profissionais atuais

² Fazer as coisas certas, no tempo certo, às pessoas certas e faze-lo bem à primeira vez.

³ No sítio certo, ao menor custo.

efetividade; centrada no doente; prestada a tempo; eficiente; equitativa (IoM, 2001). Recentemente, Campos, et al. (2010) definiram como dimensões da qualidade em saúde, a adequação, a efetividade, a eficiência, o acesso, a segurança dos doentes, os profissionais e outras partes interessadas, a equidade, a oportunidade, os cuidados centrados no doente, a continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, o respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e a participação.

Definidos os conceitos, importa compreender como evoluiu a gestão da qualidade na saúde. Faremos esta “viagem” com base na evolução histórica apresentada por Arthur L. Pelberg que dividiu em nove fases a história da gestão da qualidade enquadrando em cada uma, os aspetos mais relevantes (Pelberg, 2005). Na **primeira fase**, o autor destacou os trabalhos de Codman (cirurgião) que em 1914 enfatizava a necessidade de examinar os resultados dos seus trabalhos cirúrgicos desafiando os médicos e organizações de saúde a responsabilizarem-se pelos seus doentes. Na **segunda fase** o autor referiu que a qualidade estava restrita às atividades clínicas, não contemplando outras variáveis como por exemplo a liderança ou a perspetiva dos doentes sobre qualidade. Numa **terceira fase** salientou o desenvolvimento de fundamentos conceptuais e os trabalhos de Donabedian nos anos 60, para quem a gestão da qualidade era baseada na estrutura, processo e resultados e em como estas variáveis se podiam relacionar para melhorar os cuidados de saúde. A **quarta fase** surgiu nos anos 80 nos EUA e era caracterizada pela monitorização da qualidade dos cuidados, efetuada pelos próprios profissionais nas áreas onde são especialistas e pelos utilizadores do sistema de saúde através do aumento da exigência de qualidade dos cuidados. Na **quinta fase** Pelberg evidenciou a contribuição da indústria para a melhoria da qualidade na saúde. O autor destacou os trabalhos de Crosby, Juran e Deming realizados nos anos 80/90 nos EUA que chamam a atenção para a estrutura, o controlo de procedimentos e o envolvimento dos trabalhadores. A definição dos procedimentos técnicos, o fim das inspeções, a aposta no progresso contínuo e na formação, na liderança e no desenvolvimento de todos os profissionais na organização, foram os princípios que Deming implementou com sucesso na indústria e posteriormente foram transpostos para a saúde. Numa **sexta fase**, temporalmente coincidente com a anterior, o autor salientou a passagem da gestão da qualidade clínica à gestão da qualidade total, incluindo variáveis como a liderança, os comportamentos e os sistemas de informação. Sendo a gestão da qualidade total caracterizada pelo esforço contínuo para melhorar cada aspeto operacional da organização, nesta fase várias instituições de saúde começaram a aplicar princípios da gestão da qualidade total numa perspetiva de melhoria contínua de qualidade. Em Portugal é nesta fase que surgem os primeiros projetos de melhoria contínua da qualidade e os

primeiros estágios para administradores hospitalares em hospitais americanos, patrocinados pela Fundação Calouste Gulbenkian. A **sétima fase** caracterizou-se pela atribuição de prémios de qualidade às instituições que desenvolveram projetos de melhoria contínua da qualidade. Entre eles destacam-se os prémios *Malcolm Baldrige* nos EUA, *Deming* no Japão e mais tarde o *European Foundation for Quality Management* (EFQM) na Europa. Em Portugal o primeiro prémio de excelência foi atribuído em 1994, baseado no modelo EFQM (IPQ, 2013). A **oitava fase** decorreu na última década do século XX e foi descrita pelo autor como a fase do desenvolvimento dos sistemas de informação. A **nona e última fase** é a fase dos estudos que revelaram a elevada taxa de erros nos cuidados prestados aos doentes. O trabalho mais importante, a partir do qual se gerou a discussão e a procura de soluções, foi o realizado pelo IoM “*To Err is Human*” surgindo posteriormente outros estudos internacionais que confirmam a existência de altas taxas de EA e os elevados custos associados ao seu tratamento. Esta realidade originou uma nova abordagem da gestão da qualidade, passando a incluir a segurança dos doentes nas várias definições de qualidade em saúde. Neste sentido o IoM reconheceu em 2001, a segurança como uma das seis dimensões fundamentais da qualidade (IoM, 2001).

Numa reflexão sobre os direitos do doente, a OMS afirma, que os doentes têm o direito de ser completamente informados, nomeadamente sobre os procedimentos clínicos que lhe são propostos, os riscos e potenciais benefícios associados apelando às virtudes tradicionais dos médicos, diga-se “bom senso” e “boa prática”, que para Aristóteles representavam a sabedoria prática num contexto moral. O estabelecimento de uma estratégia nacional para a qualidade e segurança em saúde, com particular atenção na necessidade da adoção de medidas sustentáveis a longo prazo é segundo a OMS, uma ação recomendável. A OMS defende que esta estratégia deve ter em conta a criação de conhecimento sobre os problemas relativos à qualidade, bem como as soluções a implementar, de forma sistematizada e concordante com as realidades de cada região (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a).

Vivemos num novo paradigma na prestação de cuidados de saúde, onde o alvo dos mesmos assume um papel participativo não só nas decisões terapêuticas como também nos cuidados em si. O desenvolvimento tecnológico constante, o escrutínio público permanente, a expectativa de bons resultados terapêuticos associada ao maior nível de exigência dos utilizadores do sistema de saúde, transportam a prestação de cuidados de saúde para um cenário de interesses bastante diversificado. Neste contexto, numa sociedade com maior consciência social, as falhas ou erros ocorridos poderão ser interpretados pelos cidadãos num quadro de eventual culpa do profissional de saúde.

Em 2005, a declaração do Luxemburgo sobre a segurança dos doentes, reconheceu como direito fundamental do ser humano, o acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, realidade que deve ser valorizada e respeitada pela União Europeia (UE), pelas suas instituições e pelos cidadãos da Europa (Comissão Europeia, 2008).

A qualidade não é gratuita e esta questão tem preocupado vários países. Os custos associados à melhoria contínua da qualidade têm sido alvo de estudos, cujas conclusões são favoráveis à sua continuidade, uma vez que os custos inerentes aos defeitos são maiores. Não é fácil realizar estudos de análise de custo-benefício ou custo-efetividade, pois embora os custos relacionados com a melhoria contínua sejam quantificáveis, o mesmo não é linear no que se refere aos custos das falhas internas e das falhas externas (McLaughlin & Kaluzny, 2006). Segundo Bruno (2010), independentemente do preço da qualidade, os valores em causa são superiores e exigem responsabilização.

Em Portugal

Definida como terceiro eixo estratégico no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2012-2016, a qualidade em saúde é uma problemática cada vez mais presente na estratégia política da Europa e em particular de Portugal. Com a consolidação da cobertura territorial e a universalidade dos cuidados de saúde, a prioridade centra-se nas questões da qualidade e da segurança. A premência de uma gestão eficiente, dos escassos recursos disponíveis para dar resposta a uma crescente procura de cuidados de saúde, não obsta a que se exija um nível de qualidade de prestação de cuidados cada vez maior (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a).

A preocupação com a gestão da qualidade em Portugal começou na década de 90 do século passado. Em 1998 definiu-se um “sistema de qualidade na saúde”, cujas referências mais significativas são o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), criados em 1999. Pela primeira vez foi inscrita no quadro comunitário de apoio - Programa Operacional da Saúde - Saúde XXI - uma importante dotação financeira para uma política de promoção da qualidade em saúde (Pisco & Biscaia, 2001). Segundo os autores, ao abrigo do Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (PNAH), no âmbito das atribuições do IQS e da reforma SNS 21, foi celebrado o protocolo entre o Ministério da Saúde e o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) do Reino Unido, em 1999. De acordo com o previsto no protocolo, cinco hospitais aderiram ao programa de acreditação do KFHQS em 1999 e onze em 2000. Em paralelo, decorria nos centros de saúde um programa de monitorização da qualidade organizacional (MoniQuor CS), que permitia a autoavaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa. Este programa baseava-se no cumprimento de 163 critérios, divididos por seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos,

promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos) (Pisco & Biscaia, 2001). O PNAH possibilitou a introdução nos hospitais do SNS de uma cultura de qualidade. O maior impacto resultou da aplicação da secção relativa à gestão do risco mencionada no manual de acreditação. Em 2003 o novo manual de acreditação de hospitais introduziu o conceito de governação clínica e alargou a gestão do risco às áreas clínicas (França, 2008).

Posteriormente, além do processo de acreditação pelo KFHQS, alguns hospitais iniciaram processos de acreditação pela *Joint Commission International* (JCI) e tanto uns como outros, têm normas e exigências ao nível da segurança do doente de cumprimento obrigatório para a acreditação da instituição (Bruno, 2010).

Com a extinção do IQS provocada pela reforma da Administração Pública em 2005, surgiu em Portugal um vazio no âmbito da qualidade na saúde. Numa altura em que a OMS recomendava aos Estados-Membros que deviam conceber estratégias nacionais para a qualidade e segurança dos cuidados e que essas estratégias deviam ser sustentáveis no tempo, a qualidade na saúde foi interrompida em Portugal. O erro foi corrigido e a qualidade na saúde foi novamente reconhecida como uma prioridade com dimensão estratégica na melhoria do Serviço Nacional de Saúde. Em 29 de maio de 2009 foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde na dependência da DGS, com a missão de promover e disseminar nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma melhoria contínua da qualidade. Dezoito dias depois, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). Esta estratégia assentou nos pilares da qualidade clínica, da qualidade organizacional, da segurança dos doentes, da governação clínica, da gestão da doença, da inovação, da certificação e acreditação de prestadores de cuidados de saúde, da transparência e da gestão da mobilidade europeia e internacional de doentes (Dinis, 2012).

Na avaliação do PNS 2004-10 como instrumento da qualidade em saúde, a OMS identificou um conjunto de áreas onde se verifica um menor desempenho nomeadamente a qualidade e segurança dos cuidados que não foram objeto de atenção (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2012a). No intuito de corrigir as lacunas, em termos de qualidade e segurança do doente, o DQS tem desenvolvido um conjunto de ações, das quais destacamos a elaboração e divulgação de orientações e normas de boa prática quer organizacional, quer clínica, a implementação do Observatório Nacional da Segurança do Doente, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), agora Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) e o Programa Nacional de Acreditação em Saúde.

No PNS 2012-2016, na visão para 2016, define-se entre outros aspetos, que “as instituições assumem a melhoria contínua da qualidade como cultura” (Portugal, MS, DGS, 2012a, p. 18). Esta realidade implica que a melhoria contínua e o alcance de padrões de excelência e referência fazem parte da identidade e da missão das instituições, onde mais uma vez se afirma a qualidade e segurança do doente como elemento fundamental.

A Ordem dos enfermeiros (OE) no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista consigna como competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

- a) o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Este regulamento confere, a todos os enfermeiros especialistas, responsabilidades acrescidas na melhoria contínua da qualidade (Ordem dos enfermeiros, 2011).

CAPÍTULO 2. Segurança do doente

O início do século XXI coincide com a maior atenção e divulgação da problemática relacionada com segurança do doente. Para isso contribuiu decisivamente o relatório do IoM “*To err is human*” divulgando ao mundo a estimativa de mortes anuais (44 000 a 98 000) nos Estados de Nova York, Colorado e Utah, devidas a erros ocorridos no tratamento (Kohn, et al., 2000).

Os primeiros estudos sobre a temática decorreram nos EUA, no princípio da década de 90 do século passado, com investigações e respetiva divulgação do número de EA, assumindo-se desde logo como um tema de grande interesse; seguiram-se a Austrália, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia, Dinamarca e Espanha. Associado aos estudos efetuados está o facto de alguns destes países sentirem sérios problemas relacionados com má prática médica e elevados custos associados. Esta realidade direcionou a atenção mundial para uma maior responsabilização na redução e prevenção de EA na prestação de cuidados de saúde, principalmente através da definição de estratégias de gestão do risco clínico (Bruno, 2010). Das várias definições de segurança do doente destacamos a da OMS, que a define como “...a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. Referindo-se este mínimo aceitável, “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” (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a, pp. 14-15). A materialização deste conceito nas organizações de saúde, assim como os níveis de segurança que registam dependem de um conjunto de valores designado por cultura de segurança.

2.1. Cultura de segurança do doente

Para a OMS, “...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” reflete a cultura de segurança de uma organização (Portugal, MS, DGS, 2014a, p. 2). Deste modo, as organizações contêm ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização.

Caracterizadas por uma cultura punitiva do erro (Franco, 2005) as organizações de saúde sobrevalorizam o erro humano em detrimento dos fatores organizacionais e sistémicos (Uva, Sousa, & Serranheira, 2010). Num estudo efetuado por Fernandes e Queirós (2011) em 4 hospitais da região centro de Portugal, numa amostra de 136 enfermeiros, os autores concluíram que a cultura identificada era caracterizada pelo paradigma da punição e ocultação do erro. Do mesmo estudo resultou a convicção dos enfermeiros que quando notificam o evento, são eles o centro da atenção e não o evento. A segurança do doente, enquanto componente estrutural da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.

De acordo com o relatório elaborado pela *RAND Corporation* em 2008 para a Comissão Europeia sobre a segurança do doente na UE, estima-se que entre 8,0% e 12,0% dos doentes que recorrem ao hospital sejam vítimas de incidentes ou EA como consequência dos cuidados prestados e não da doença (Conselho Europeu, 2009), realidade que corrobora com os estudos elaborados no Reino Unido e Espanha (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). Os erros mais frequentes são: erros terapêuticos; cirúrgicos; infeções e complicações peri operatórias (Conselho Europeu, 2009), sendo que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são as causas mais frequentes e potencialmente mais nocivas dos danos não intencionais que afetam, em média, um em cada vinte doentes, correspondendo a 4,1 milhões de doentes na UE (Comissão Europeia, 2008). Estes estudos são também unânimes ao afirmar que aproximadamente 50,0% destas complicações poderiam ter sido prevenidas, mas as estratégias dos Países da UE neste domínio são muito variadas (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a; Conselho Europeu, 2009). Na avaliação da perceção pública sobre a segurança dos doentes, a Comissão Europeia num estudo realizado entre 25 de março e 20 de maio de 2008, com uma amostra de 185 indivíduos concluiu que cerca de 20,0% revelou ter sofrido um acontecimento adverso (Comissão Europeia, 2008)

Os EA devem-se à crescente complexidade na gestão dos doentes, em que interferem fatores organizacionais, fatores pessoais dos profissionais e fatores relacionados com a doença. Os danos que podem causar aos doentes, e os custos neles implicados são de tal relevância, que as principais organizações de saúde, tais como a OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Comité de Saúde do Conselho Europeu, assim como diversas agências e organismos internacionais, desenvolveram nos últimos anos estratégias que, através de planos, ações e medidas legislativas, permitem um maior controlo sobre os EA evitáveis na prática clínica (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). A resolução da Assembleia

Mundial da Saúde 55.18, que incitava a OMS e os Estados-Membros a prestar a maior atenção possível às questões relacionadas com a segurança dos doentes levou a OMS a criar a Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes em outubro de 2004 (Comissão Europeia, 2008).

Na Europa, as questões relacionadas com a segurança do doente assumiram particular relevância a partir da declaração do Luxemburgo (Comissão Europeia, 2005). Nesse documento, salienta-se o direito dos doentes em esperar que todos os esforços sejam feitos para assegurar a sua segurança enquanto doentes dos serviços de saúde. Com base no trabalho que vinha a ser desenvolvido nesta temática, tornava-se evidente que os primeiros passos a dar passavam pela introdução de uma cultura de segurança nos sistemas de saúde dos Estados-Membros. A gestão do risco como instrumento de rotina surge nesta declaração, como mais um elemento a considerar no funcionamento de todo o sistema de saúde. A condição prévia para a sua eficácia é um ambiente de trabalho com uma cultura focada na aprendizagem com os incidentes e EA e não centrada na culpa e na punição.

Outras recomendações às autoridades nacionais enfatizam a partilha de informação com os doentes e a sua responsabilização, os benefícios de sistemas de notificação de incidentes e EA voluntários e confidenciais, a otimização do uso de tecnologias da informação, as condições de trabalho seguras para os profissionais e a inclusão das temáticas da segurança do doente na formação destes profissionais. Com base nesta realidade, a conferência que originou esta declaração recomenda que a segurança do doente ocupe um lugar significativo na agenda política da UE identificando no seu Livro Branco “Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)”, publicado em 23 de Outubro de 2007, a segurança dos doentes como domínio estratégico de intervenção (Comissão Europeia, 2005). Numa tentativa para justificar a ação europeia, a Comissão Europeia na sua comunicação ao Parlamento Europeu e ao Conselho, argumenta que a intervenção da UE no domínio da segurança dos doentes, pode representar uma mais-valia, pois a UE pode conferir peso político e visibilidade à segurança dos doentes, pode alcançar economias de escala pela recolha de dados e pelo intercâmbio das melhores práticas e os doentes podem beneficiar de maior divulgação da informação sobre os níveis de segurança (Comissão Europeia, 2008). Nesta ótica, o Conselho da União Europeia (2009) na tentativa de melhorar a segurança dos doentes na Europa, recomenda aos Estados-Membros que:

1. Apoiem a instituição e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança do doente;
2. Responsabilizem os cidadãos, os doentes e os informem;

3. Apoiem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre EA;
4. Promovam, ao nível adequado, o ensino e a formação dos trabalhadores da saúde para a segurança dos doentes;
5. Classifiquem e meçam a segurança dos doentes a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a comissão;
6. Partilhem conhecimentos, experiências e boas práticas colaborando uns com os outros e com a comissão e com outros organismos europeus e internacionais pertinentes;
7. Desenvolvam e promovam a investigação no domínio da segurança dos doentes.

Em relação ao ponto número 3, interessa reforçar, no âmbito deste estudo, que estes sistemas devem:

- a. Fornecer informação sobre o grau, os tipos e as causas dos erros, dos EA e dos incidentes;
- b. Incentivar os trabalhadores do setor da saúde a adotar práticas ativas de notificação, estabelecendo para tal um ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo;
- c. Proporcionar de forma adequada aos doentes, aos seus familiares e a outros prestadores de cuidados informais a oportunidade de comunicarem as suas experiências;
- d. Complementem outros sistemas de notificação de segurança, como os relativos à farmacovigilância ou aos dispositivos médicos, evitando, sempre que possível, a duplicação desnecessária de notificações.

No relatório que a comissão apresentou ao Conselho Europeu em 2012 a propósito da execução pelos Estados-membros e Noruega (num total de 27 países), das 13 ações recomendadas para melhorar a cultura de segurança do doente, conclui-se que as três mais executadas pelo maior número de países foram:

- Inscrever a segurança dos doentes como uma prioridade nas políticas de saúde pública (todos os países);
- Designar uma autoridade competente responsável pela segurança dos doentes (25 países);
- Incentivar a formação em matéria de segurança dos doentes em contextos de prestação de cuidados de saúde (24 países).

Em sentido oposto, no mesmo relatório, conclui-se que as ações executadas pelo menor número de países foram:

- Integrar a segurança dos doentes no ensino e formação dos profissionais de saúde (3 países);
- Divulgar informações completas aos doentes sobre a sua segurança (5 países);
- Divulgar conhecimentos de base em matéria de segurança dos doentes junto dos trabalhadores do setor da saúde (11 países);
- Desenvolver competências de base para os doentes, relacionadas com a sua segurança (12 países).

No que diz respeito ao número de ações executadas pelos países, Portugal enquadra-se entre os que desenvolveram entre 6 e 9 ações, sendo que nenhum país as desenvolveu na totalidade (Comissão Europeia, 2012). Comparando a situação de 2012 com a existente em 2008, observaram-se progressos significativos em relação aos sistemas de notificação e aprendizagem não recriminatórios, aumentando o seu número de 4 para 16. Relativamente aos sistemas que permitem a comunicação de EA pelos doentes, houve um aumento considerável, passando de 3 em 2008 para 11 em 2012 (Comissão Europeia, 2012).

Sendo o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes e EA na Europa recomendado desde a declaração do Luxemburgo, seria incontornável o desenvolvimento de um sistema destes nos vários Estados-Membros e também em Portugal. Segundo a OMS e a UE a primeira fase de desenvolvimento da cultura de segurança passa pela sua avaliação atual. Nesse sentido, foram desenvolvidos vários estudos a nível internacional. Apresentamos no quadro 1 os resultados obtidos por alguns desses estudos que utilizaram o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. A percentagem média de respostas positivas apresentadas, corresponde à percentagem de indivíduos que avaliaram um item ou dimensão no nível 4 ou 5 da escala (1 ou 2 para os itens invertidos). Embora com diferenças assinaláveis em relação à dimensão da amostra, ao contexto em que a avaliação foi feita e mesmo ao contexto sociocultural de cada estudo, é possível estabelecer relações nos resultados obtidos. Verificam-se muitas semelhanças de resultados nas diversas dimensões analisadas. O trabalho em equipa é a dimensão com maior percentagem de valores positivos, seguindo-se as expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente e a aprendizagem organizacional-melhoria contínua, resultados estes consentâneos com os encontrados nos estudos realizados em Portugal. Excetua-se desta tendência o estudo de 2009 (Fernandes & Queirós, 2011), onde as expectativas e ações de promoção da segurança do doente permutam com as transições e outro estudo descritivo e exploratório, realizado num hospital privado com 269 profissionais de saúde, que concluiu

que as perceções gerais sobre a segurança do doente obtiveram mais respostas positivas que as expectativas e ações do gestor na promoção da segurança do doente (Pimenta, 2013). No extremo oposto situa-se a resposta ao erro não punitiva, com menor percentagem de valores positivos, seguindo-se a dotação de profissionais e a frequência de notificação. Esta tendência é acompanhada pelos estudos efetuados em Portugal (Eiras, et al., 2011; Sousa A. M., 2013), excetuando-se o de 2009 de Fernandes e Queirós (2011) onde a terceira dimensão com menos percentagem positiva é o apoio à segurança do doente pela gestão trocando de lugar com a dotação de profissionais. A média internacional de respostas positivas dos estudos analisados é apresentada entre parenteses à frente de cada dimensão, não se verificando grandes oscilações.

Quadro 1: Benchmarking internacional da cultura de segurança do doente

Resultados internacionais																		
Dimensões do Hospital Survey on Patient Safety Culture (percentagem média)	Percentagem de resultados positivos																	
	EUA 2004	Noruega 2007	Turquia 2008	Holanda 2008	Espanha 2009	Portugal 2009	EUA 2010	Líbano 2010	Noruega 2010	Reino Unido 2010	Turquia 2010	Arábia Saudita 2010	Taiwan 2010	Portugal 2011	Irão 2011	Portugal 2012	Espanha 2013	EUA 2014
Trabalho em equipa (76%) ▲	74	68	76	84	72	79	80	82	57	75	70	84	94	73	65	76	74	81
Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança (66%) ▲	71	72	58	62	62	63	75	66	65	68	44	70	83	62	61	72	63	76
Apoio à segurança do doente pela gestão (49%)	60	25	42	32	25	44	72	78	22	45	36	74	62	48	54	67	29	72
Aprendizagem organizacional-melhoria contínua (64%) ▲	71	50	47	47	54	67	72	78	46	66	41	87	84	68	62	78	54	73
Perceções gerais sobre a segurança do doente (60%)	56	-	59	52	48	57	65	73	57	59	62	59	65	59	60	73	49	66
Feedback e comunicação acerca do erro (54%)	52	40	50	49	44	51	63	68	37	56	40	77	59	54	56	69	43	67
Abertura na comunicação (57%)	61	64	46	69	48	64	62	57	58	60	36	60	58	52	53	63	49	62
Frequência da notificação (47%) ▼	52	28	12	38	47	33	62	68	31	71	15	63	57	44	58	51	45	66
Trabalho entre unidades (50%)	53	31	58	28	42	56	58	56	32	41	48	50	72	51	53	61	41	61
Dotação de profissionais (44%) ▼	50	49	49	62	28	46	56	37	52	34	44	27	39	47	47	45	28	55
Transições (50%)	45	39	44	40	54	71	44	50	31	43	54	61	48	59	60	59	51	47
Resposta ao erro não punitiva (42%) ▼	43	72	18	67	53	30	44	24	72	31	24	22	45	41	44	33	53	44

Fonte:(Eiras, et al., 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Gama, Oliveira, & Saturno, 2013; Pimenta, 2013; Saturno, et al., 2009; Sorra, et al., 2014)

▲ – dimensões com maior percentagem de valores positivos; ▼ – dimensões com menor percentagem de valores positivos.

Classificação global da segurança do doente no serviço

Para além das doze dimensões relativas à cultura de segurança do doente, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* contempla a avaliação da segurança do doente de uma forma global. Nesta questão os participantes classificam a segurança do doente no seu serviço em cinco níveis possíveis, **excelente, muito boa, aceitável, fraca e muito fraca**. Dos vários estudos realizados apresentamos no quadro 2 os resultados de alguns estudos. Assim podemos observar que os níveis que reúnem mais pontuação nos estudos realizados em Portugal são os que consideram a segurança do doente como aceitável e muito boa. Nos dois estudos realizados em Espanha e EUA (Saturno, et al., 2009; Sorra, et al., 2014), os níveis mais frequentados são os do topo da classificação (muito bom e excelente), o que revela melhor perceção dos profissionais sobre a segurança global dos doentes. Em todos os estudos os níveis inferiores são pouco pontuados.

Quadro 2: Comparação da classificação global da segurança do doente

Classificação global da segurança do doente no serviço	Percentagem de resultados							
	Saturno 2009	Bruno 2010	Eiras 2011	Fernandes e Queirós 2011	Lima 2011	Gomes 2012	Sousa 2013	AHRQ Sorra, et al. 2014
Excelente	21	1,5	6	4	2	0	6	33
Muito boa	51	40,0	45	42	25	53	36	43
Aceitável	20	53,5	42	44	54	39	40	19
Fraca	8	3,5	5	10	17	8	15	4
Muito Fraca		1,5	1		2	0	3	1

Dissertadas as questões relacionadas com a segurança do doente a nível internacional, abordaremos a seguir a sua evolução em Portugal e os estudos efetuados.

2.2. Segurança do doente e cultura de segurança em Portugal

De acordo com o DQS (2014a) no desenvolvimento de estratégias de segurança do doente, as atitudes devem ser pró-ativas, preventivas e sistemáticas: para admitir que os incidentes para a segurança do doente acontecem, para identificar e gerir os pontos de risco nos processos, para aprender e minimizar os seus efeitos, para prevenir futuras ocorrências e encorajar simultaneamente, doentes e profissionais de saúde a comunicar estes incidentes.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde definida em 2009 pelo DQS, integrou a segurança do doente como prioridade estratégica a implementar a nível nacional (Despacho n.º 14223/2009, 2009, junho 24). Até aí, os esforços desenvolvidos em Portugal em matéria de segurança do doente eram, na sua maioria, baseados em iniciativas isoladas e nem sempre a avaliação era feita tendo em conta critérios de efetividade e de eficiência levando

à obtenção de resultados parcelares e de visibilidade reduzida (Sousa, et al., 2009). Após a criação do DQS em 2009, observou-se um salto qualitativo em matéria de segurança do doente. Sob a influência deste departamento foram desenvolvidas um pouco por todo o país as vias verdes sépsis, vias verdes trauma e as equipas de emergência médica intra-hospitalar. Foram definidos critérios para a criação de centros de elevada diferenciação, de centros de referência e de centros de tratamento para varias especialidades médicas e cirúrgicas, concentrando competências, experiência e recursos. Foi elaborado um manual de procedimentos em situações de catástrofe orientador dos planos de emergência interna a elaborar por cada instituição. O projeto da OMS “cirurgia segura salva vidas” foi lançado em todo o país (Dinis, 2012). No âmbito das medidas da melhoria da qualidade, foi iniciado um processo conjunto do DQS com a ordem dos médicos, no sentido de formar e constituir um grupo de auditores clínicos. Simultaneamente, Iniciou-se um processo conjunto com os conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e as direções clínicas dos hospitais, com o objetivo de criar uma rede nacional para a governação clínica. Esta rede tem como objetivo incentivar e avaliar a implementação das normas de boa prática organizacional e clínica elaboradas pelo DQS e emanadas pela DGS (Dinis, 2012). Além dos projetos já enumerados e de outros também implementados ou em fase de implementação não mencionados, relembramos a implementação de um Observatório Nacional da Segurança do Doente, com o objetivo de gerir toda a informação relativa à segurança do doente e a criação e implementação do SNNIEA, anónimo e não punitivo, com carácter educativo e preventivo do erro (Dinis, 2012).

O conhecimento e compreensão das causas, frequência e impacto dos EA constituem uma parte fundamental do processo de avaliação e melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde. Com o objetivo de caracterizar a frequência, natureza, impacto e grau de evitação dos EA em contexto hospitalar, a Escola Nacional de Saúde Pública com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian desenvolveram um estudo piloto em três hospitais públicos da região de Lisboa, com base na informação contida nos processos clínicos, metodologia utilizada a nível internacional (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011). A amostra foi constituída por 1 669 processos clínicos de doentes internados, de um total de 47 783 admissões referentes ao período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2009. A taxa de incidência de EA foi de 11,1%, dos quais, cerca de 53,2% foram considerados evitáveis. A maioria dos EA (60,3%) não causaram dano ou resultaram em dano mínimo, mas 58,2% dos casos resultaram em prolongamento do período de internamento, cujo valor médio se situou nos 10,7 dias. Os resultados obtidos identificaram uma realidade, não muito diferente da que foi descrita em estudos similares, realizados em vários países da Europa (Inglaterra,

Franca, Espanha, Dinamarca, Suécia e Países Baixos), nos EUA, na Austrália, no Canadá, na Nova Zelândia e no Brasil.

Em 2011, o DQS em parceria com a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, realizou, entre junho e setembro, um projeto piloto com 7 hospitais de norte a sul do país, envolvendo 21985 questionários. Pretendia-se com esse projeto, disponibilizar às instituições de saúde, uma ferramenta para avaliar a cultura de segurança do doente, de forma a fortalecer o empenho contínuo de melhoria da qualidade. Para o efeito, foi utilizado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da *Agency for Healthcare Research and Quality*, dos EUA, traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras em 2008 (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011b). Esta é uma das ferramentas recomendada aos Estados-Membros pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety* e com este projeto pretende-se igualmente ir ao encontro da recomendação do Conselho, de 9 de Junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de IACS, designadamente na recomendação cinco (5.), que insta os Estados-Membros a classificar e a medir a segurança dos doentes (Conselho Europeu, 2009). O objetivo principal do projeto europeu foi desenvolver uma rede europeia de colaboração na segurança do doente e projetos em cinco áreas de trabalho coordenadas em rede; o nosso país participa apenas em 4 delas: 1) cultura em segurança clínica; 2) sistemas de notificação e aprendizagem; 3) estudos-piloto (erros medicamentosos e educação): ferramentas e soluções e 4) promoção e disseminação de conhecimentos. A quinta é a educação e formação (Portugal, MS, DGS, 2013b). Outro estudo realizado em 2011 com uma amostra de 2449 participantes de sete hospitais públicos de norte a sul do país revelou uma **resposta ao erro não punitiva** de 41,0%, foi a dimensão com valor mais baixo, ao invés do **trabalho em equipa** com 73,0% de respostas positivas. Da avaliação das dimensões concluiu-se que a **frequência da notificação** com 44,0% de respostas positivas, a **dotação de profissionais** com 47,0% e o **apoio à segurança do doente pela gestão** com 48,0% de respostas positivas, são as que, de forma prioritária, carecem de ações de melhoria. Avaliaram ainda o número de notificações efetuadas por cada profissional nos últimos 12 meses e a avaliação geral que cada um fazia sobre a segurança do doente, concluindo que 73,0% referiu não ter efetuado qualquer notificação, 17,0% notificou 1 a 2 eventos; 7,0% notificou 3 a 5, 2,0% notificou 6 a 10 e apenas 1,0% notificaram 11 a 20 eventos/ocorrências. Quanto à avaliação geral da segurança do doente, 45% classificou-a como 'muito boa', 42,0% como 'aceitável', 6,0% de 'excelente', 5,0% 'fraca' e 1,0% de 'muito fraca'. Resultados que demonstram uma perceção positiva dos profissionais sobre a segurança do doente (Eiras, et al., 2011).

É desejável que a avaliação da cultura de segurança seja efetuada regularmente para que se possa analisar a evolução. Neste sentido a DGS emitiu a norma nº 25/2013 que no número um (1) refere que o questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses" deve ser aplicado em 2014 em todos os hospitais do Sistema de Saúde (Portugal, MS, DGS, 2014a), não existindo à data quaisquer dados desta avaliação.

CAPÍTULO 3. Gestão do risco

Tal como a medicina sabe mais da doença do que da saúde, as ciências da segurança sabem mais das causas dos EA do que como evitá-los (Reason, 2000). Existem organizações de elevada fiabilidade, com credibilidade, qualidade, confiança e capacidade de manter o seu funcionamento em circunstâncias de rotina, bem como em circunstâncias hostis e inesperadas. Uma característica fundamental destas organizações complexas de elevada fiabilidade é a sua capacidade de reconfiguração em torno do problema, corrigindo a sua trajetória antes da crise se instalar. Os exemplos mais fidedignos destas organizações são as centrais nucleares e a aviação civil. Para estas organizações a procura da segurança não se baseia na prevenção de falhas isoladas, humanas ou técnicas, mas sim na construção de um sistema tão robusto quanto possível para fazer face aos erros, humanos e operacionais (Reason, 2000). Segundo Fragata (2011) o nível de segurança destas organizações é classificado como sigma 7 (1 erro, falha ou morte em cada 10 000 000 de atividades), já a prática de cuidados de saúde é uma das atividades com maior risco potencial, com valores de sigma inferiores a 3, ou seja, 1 erro, falha ou morte em cada 300 casos. Se a aviação civil apresenta uma taxa de mortalidade por acidentes de uma em 10 milhões de voos, mas a probabilidade de se morrer por um erro decorrente de um tratamento num ambiente hospitalar é de um em cada 300, então, estas organizações de elevada fiabilidade devem ser alvo da nossa atenção no sentido de captar para os cuidados de saúde os seus bons exemplos.

Os sistemas de notificação de incidentes e EA assumem nestas organizações um papel fulcral, pois através das notificações efetuadas procede-se à análise da causa, implementam-se ações para reduzir o risco, levando à melhoria de todo o sistema em termos de segurança e qualidade. Através destes procedimentos as organizações conseguem desenvolver um nível de resiliência adequado, sendo esta o grau com que um sistema continuamente impede, deteta, ou reduz perigos ou incidentes (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

3.1. Risco clínico

Risco clínico traduz a probabilidade de ocorrência de um qualquer EA multiplicado pela gravidade do potencial de dano, entendendo-se o EA como uma ocorrência indesejável em consequência do tratamento e não da doença subjacente, que resulta em dano e pode ou não ser evitado (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a). Os determinantes do risco são a complexidade dos casos tratados, o tipo de intervenção terapêutica e o desempenho de quem trata. Para uma determinada atividade em saúde, contribuem fatores humanos relacionados com o indivíduo, com a organização, com a equipa, com o ambiente de trabalho e também fatores relacionados com o acaso, porque o resultado de uma intervenção por mais simples que seja, configura sempre algum grau de imprevisibilidade, existirá, deste modo, um fator que não é controlado e se designa acaso (Fragata, et al., 2006). De acordo com a OMS (2009) a gestão do risco clínico preocupa-se essencialmente com a melhoria da qualidade e segurança dos serviços de saúde, através da identificação das circunstâncias que podem colocar o doente em risco, implementando medidas para evitar ou controlar esses riscos e por fim avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos. Em Portugal a gestão do risco tornou-se visível aquando do processo de implementação dos programas de acreditação das organizações de saúde, pelo modelo aplicado no Reino Unido.

Para Bruno (2010) a gestão do risco em meio hospitalar implica um processo de auditorias clínicas, a construção de indicadores de qualidade e segurança e avaliações permanentes de riscos, de reclamações escritas ou verbais, ações judiciais, relatórios de manutenção, processos clínicos, inquéritos de satisfação e a notificação de incidentes. Uma efetiva gestão do risco envolve todos os níveis do serviço de saúde, deste modo, é essencial que todos os trabalhadores da saúde compreendam os objetivos e a relevância das estratégias de gestão do risco e a sua importância para o seu próprio local de trabalho (OMS - World Alliance for Safer Health Care, 2009). Os hospitais e outras organizações de saúde têm ao seu dispor uma variedade de métodos para gerir o risco, contudo, o sucesso de um programa de gestão do risco depende da criação e manutenção de sistemas de cuidados seguros, desenhados para reduzir os EA e promover a performance humana.

3.2. Incidentes e eventos adversos

Diretamente relacionados com a segurança dos doentes estão os **incidentes** e **eventos adversos**. Estes conceitos foram evoluindo com o tempo e também com os estudos realizados. Na classificação internacional sobre segurança do doente (CISD) (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a) define-se **Incidente**, como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. Um **incidente** pode ser uma *ocorrência comunicável*, um *quase evento*, um *incidente sem danos* ou um *EA*. Uma *ocorrência comunicável* é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (por exemplo, levar um desfibrilhador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário). Um *quase evento* é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão). Um *evento sem danos* é um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue foi transfundida mas o sangue não era incompatível com o doente). Um *evento adverso* é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica). Outro conceito importante é o de *erro*, na CISD aparece definido como a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. O erro é uma componente indissociável da natureza humana, todavia pode ser um instrumento valioso para o aperfeiçoamento do ser humano. Se errar é humano e os profissionais de saúde são, acima de tudo, seres humanos, é muito importante analisar os tipos e mecanismos do erro para que se possam evitar, prevenir e recuperar. Existem vários modelos que procuram explicar a origem dos erros, mas todos eles confluem na origem multifatorial e nas duas principais dimensões, indivíduo e sistema.

Na análise do erro Reason (2000) evidencia no seu modelo explicativo as duas dimensões anteriormente referidas. O autor recorre ao *Modelo Pessoal*, onde a causa do erro está associada à atuação individual e o *Modelo Sistémico* ou do “queijo suíço”, para o qual a fonte do problema pode ser multifatorial, desde a estrutura ao processo, para explicar a origem do erro. Os investigadores Fragata e Martins (2008) também consideram que a abordagem do erro clínico deve ser entendida nas duas perspetivas, do indivíduo e do sistema. Uma vez que as falhas, incidentes, erros e EA estavam tradicionalmente associados ao indivíduo, passam agora a poder ser imputados também ao sistema. Passam a estar criadas as condições para corrigir circuitos em falta, promover mecanismos de segurança para diminuir as probabilidades do erro acontecer e caso aconteça, diminuir os

danos resultantes do mesmo. Os mesmos autores classificam o erro em três tipos: de *diagnóstico*, de *tratamento* e *preventivo*. Os restantes são enquadrados numa quarta categoria a que designaram por *outros*, onde inserem falhas na comunicação, no equipamento e outras falhas do sistema (Fragata & Martins, 2008). Quando alguma coisa corre mal, as pessoas tendem a centrar-se no resultado do acontecimento em vez de se focarem no processo e nas estruturas envolvidas nesse resultado. Para que isto deixe de ser verdade, sempre que se verificar a ocorrência de um incidente potencialmente grave ou de um EA, os serviços prestadores de cuidados de saúde devem:

- 1) Promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;
- 2) Identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;
- 3) Seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área (Portugal, MS, DGS, 2012b).

O cidadão e a sociedade estão hoje mais informados dos seus direitos e deveres, o que lhes confere capacidade para exigir mais qualidade dos serviços de saúde, mas também de assumirem mais responsabilidade pela sua saúde. Os doentes, embora principais vítimas do erro dos profissionais de saúde depositam neles total confiança, pois esperam ser tratados em consonância com os melhores conhecimentos e sob a égide dos princípios éticos pelos quais são regidos. Os erros, incidentes e EA são uma realidade e apesar do direito à informação inerente ao doente, nem sempre o profissional de saúde cumpre o dever de o comunicar, a maioria das vezes pela cultura de culpabilização e punição instalada. O próprio profissional é por vezes vítima do seu erro, na medida em que não consegue admiti-lo e fazer uma gestão correta da situação. Muitos sentimentos de desconfiança, reclamações e pedidos de indemnizações por parte da família resultam de uma deficitária gestão das situações de erro (Fragata & Martins, 2008).

Num estudo baseado em 21 estudos de caso de erros de enfermagem Benner et al. (2002) identificaram oito categorias de erros: falta de atenção; falta de preocupação com a confiança que o doente deposita no enfermeiro; juízo desapropriado; desinteresse pelo doente; erros de medicação; falta de prevenção; esquecimento ou engano sobre prescrições; erros de documentação. Foram identificadas em cada caso causas de nível sistémico e prático.

3.2.1. Fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos

Da mesma forma que o erro, os EA têm causas multifatoriais. No essencial é desejável uma abordagem sistémica e integrada das situações de trabalho que permita reconhecer, por exemplo, a complexidade intrínseca à maioria das atividades desempenhadas, a elevada carga de trabalho dos profissionais de saúde, a frequente inadequação do ambiente, condições e exigências físicas e/ou mentais face às características e capacidades dos utilizadores (profissionais de saúde e doentes) e, no geral, a inadequação dos interfaces entre o Homem e o sistema, a nível do *design*, dos *layouts*, dos equipamentos, dos instrumentos e dos meios e formas de comunicação (Serranheira, Uva, Sousa, & Leite, 2009).

Sem compreender a distinção entre falhas ativas e falhas latentes a análise da cadeia de acontecimentos que pode resultar num EA torna-se muito difícil. As primeiras resultam da interação do homem com o seu objeto de manipulação/ação, enquanto as segundas são um conjunto de elementos dispersos no sistema e que frequentemente estão ocultos nesse mesmo sistema. Em determinados momentos esses elementos podem tornar-se evidentes, por combinação com outros ou por simples casualidade, e romper ou ultrapassar a segurança e as defesas existentes no referido sistema, causando os incidentes e/ou acidentes (acontecimentos adversos) (Serranheira, et al., 2009). Segundo os autores supracitados, a compreensão das situações que originam acontecimentos adversos exige a inclusão dos seguintes elementos:

- **Características individuais e/ou sociais dos intervenientes** no processo de prestação de cuidados de saúde nomeadamente, a idade, o sexo, a formação, a experiência dos profissionais de saúde e as particularidades dos doentes. Os autores destacam o envelhecimento dos profissionais de saúde e as implicações que tal fenómeno terá.
- **Acontecimentos onde coexiste frequentemente o erro humano**, com maior frequência para os enganos, os lapsos e as falhas (respetivamente aos níveis cognitivos de planeamento, armazenamento e execução) e os **incidentes e/ou acidentes no desempenho clínico**. Fundamentalmente, a ocorrência destas situações relaciona-se com desvios às normas instituídas e à existência de situações clínicas novas ou de elevada complexidade e com uma carga de trabalho acrescida. Por outro lado a excessiva rotina conduz a uma postura de baixa vigilância com o conseqüente aumento da probabilidade de erro.

- **Interfaces desadequadas entre o homem e os dispositivos técnicos ou outra tecnologia.**

- **Disfunção organizacional e/ou de gestão**, de que é exemplo a necessidade de formação dos profissionais de saúde, as elevadas exigências organizacionais, a insuficiência de recursos humanos, a falta de motivação dos profissionais, os horários de trabalho e a dificuldade em concretizar uma comunicação adequada.

- **Situações / Problemas estruturais**, uma errada conceção do espaço físico origina deficiência dos circuitos de trabalho e um ambiente desadequado.

Num estudo transversal efetuado em três unidades de cuidados intensivos (duas de adultos e uma pediátrica) de um hospital privado num município de São Paulo, foram inquiridos 94 profissionais de enfermagem com o objetivo de verificar se a qualidade de vida relacionada com a saúde destes profissionais está associada com os erros de medicação nas unidades em questão (Pellicioti, 2009). Para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento SF - 36. Foram analisados dois grupos constituídos com base na ocorrência ou não de erros de medicação nas últimas quatro semanas. Dos 18 profissionais que mencionaram ter cometido erro, 12 eram técnicos de enfermagem e 6 enfermeiros. Pelos resultados obtidos, constatou-se que 61,1% dos erros foram notificados e 67,8% dos erros ocorreram na fase de administração. Os profissionais que cometeram erros obtiveram pontuações mais baixas em todas as dimensões do SF - 36. Na análise múltipla, a dimensão desempenho emocional e os turnos da tarde e da noite, mostraram forte associação com o erro de medicação, revelando-se como fatores de proteção (Pellicioti, 2009).

Outro estudo, realizado num hospital EPE de Lisboa com 52 enfermeiros revelou que as falhas de comunicação (12,7%), o rácio profissional de enfermagem/doente (12,7%), a carência de recursos humanos no hospital (12,4%) e a sobrecarga horária (11,7%) foram os fatores mais pontuados como causa da ocorrência de incidentes/erros/EA (Lima, 2011). As situações que menos contribuíram para a ocorrência de acontecimentos não desejáveis foram a desmotivação, os fatores relacionados com a estrutura física dos locais de trabalho e disfunções do sistema informático.

Em resumo, podemos afirmar que apesar do caráter multifatorial, conseguem-se isolar alguns fatores com maior relevância, nomeadamente as falhas de comunicação que englobam a indefinição quanto a procedimentos e um ambiente de trabalho hostil e a carência de profissionais de saúde, particularmente enfermeiros.

3.2.2. Eventos adversos mais frequentes

Seguindo uma ordem cronológica passamos a apresentar os resultados de alguns estudos internacionais que apresentam resultados sobre os EA mais comuns. Estes estudos são de carácter retrospectivo, baseados em registos clínicos e demonstram que cerca de metade dos EA poderiam ser evitados. Em relação aos eventos mais frequentes existem algumas variações, contudo, os estudos demonstram que a cirurgia e a medicação são as áreas mais propensas à ocorrência destes fenómenos.

Em 1991 no relatório de um estudo efetuado em 51 hospitais de *Nova York* efetuado em 1984, foram analisados 30195 registos clínicos. Encontraram-se 1133 EA (3,7%) dos quais 48,0% estavam associados à cirurgia, 19,0% à medicação, 14,0% a infeções e 13,0% a complicações técnicas (Leape, et al., 1991). Noutro estudo realizado em 1992 no Utah e Colorado em 26 hospitais, foram analisados 14700 registos clínicos, obtendo-se uma taxa de 2,9% de EA. Destes, 44,9% relacionam-se com cirurgia e 19,3% com medicação. Os EA que resultam de negligência situam-se perto dos 30,0% (Thomas, et al., 2000).

O “*British Adverse Events Study*” efetuado em dois hospitais do Reino Unido em 2000 concluiu que a percentagem de EA nos 1014 registos clínicos analisados foi de 11,7%; destes 48,0% seriam evitáveis. Deste grupo 20,0% estavam relacionados com cirurgia e 10,0% com diagnósticos errados (Vincent, Neale, & Woloshynowych, 2001).

No Canadá em 2004 o “*Canadian Adverse Event Study*” chegou a resultados similares, com 7,5% dos 3745 registos clínicos a configurarem EA, dos quais poderiam ser evitados 36,9%, ocorrendo 34,0% em cirurgia geral (Baker, et al., 2004).

Em Espanha, um estudo nacional realizado em 2005 em 24 hospitais demonstrou que 9,3% dos 5624 registos clínicos analisados constituíam um EA. Destes, 42,6% seriam evitáveis, sendo que 37,4% dos EA estão relacionados com medicação, 25,3% com infeções e 25,0% com problemas técnicos durante o procedimento (Andrés, Remón, Burillo, & López, 2006).

Numa avaliação das notificações efetuadas no Sistema Nacional de Notificação Mexicano (Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud) foram analisadas as 706 notificações efetuadas durante os anos de 2011 e 2012, reportando 781 incidentes em 22 hospitais públicos. Desta análise resultou que 35,9% dos incidentes configuram IACS, 28,8% processo / procedimento clínico, 12,5% estavam relacionados com medicamentos / soluções intravenosas, 9,2% referem-se a quedas e 13,6% incluem-se noutras categorias (Rodríguez-Suárez, Lamy, Fajardo-Dolci, Santacruz-Varela, & Hernandez-Torres, 2012).

A OMS no seu relatório técnico para o quadro conceptual da classificação internacional para a segurança do doente definiu os tipos de EA mais frequentes, com base no estudo australiano “*Quality in Australian Health Care Study*”:

- Eventos relacionados com processos de gestão clínica;
- Eventos relacionados com processos clínicos;
- Eventos relacionados com documentação;
- Infecções associadas à prestação de cuidados;
- Eventos Adverso relacionados com equipamentos ou dispositivos médicos;
- Lesões dos doentes (incluindo úlceras por pressão, quedas, entre outros);
- Evento Adverso relacionado com a utilização de fármacos;
- Evento Adverso relacionado com a administração de sangue ou produtos derivados;
- Eventos Adversos relacionados com nutrição;
- Eventos Adversos relacionados com o comportamento dos colaboradores;
- Eventos Adversos relacionados com O₂, gases ou vapor;
- Eventos Adversos relacionados com infraestruturas/construção (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a).

O SNNIEA está implementado em Portugal desde o início de 2013, verificando-se ao longo desse ano 244 notificações de profissionais de saúde e 74 de cidadãos. Da análise das respetivas notificações, conclui-se quanto à tipologia dos incidentes e EA que a maior parte das ocorrências (23,0%) está relacionada com acidentes com o doente, como as quedas (18,0%), as úlceras por pressão (2,0%) e outros (3,0%). As ocorrências relacionadas com o comportamento representam 19,0%, enquanto o processo/procedimento clínico engloba 17,0% dos casos e 12,0% estão relacionadas com medicação/fluídos intravenosos (Portugal, MS, DGS, 2014c). Quanto à tipologia dos incidentes e EA notificados pelos cidadãos, concluiu-se que 41,0% das ocorrências relacionam-se com cuidados de saúde (diagnóstico, tratamento, intervenção cirúrgica, exames), 20,0% com acidentes do doente e 12,0% com IACS (Portugal, MS, DGS, 2014c).

Descrita a realidade, concluímos que o número de notificações ainda está longe de ser o desejável, mas já se consegue fazer um mapa das situações mais críticas a partir do qual se

podem definir estratégias de aprendizagem e prevenção de futuras ocorrências. No entanto, é fundamental que se massifique a utilização do SNNIEA para que se analisem as situações e com base nessa análise se implementem medidas corretivas que levem ao aumento da segurança do doente e à melhoria contínua dos cuidados prestados no SNS.

CAPÍTULO 4. Sistemas de notificação

O objetivo principal de um sistema de comunicação de incidentes é o aumento da segurança do doente, por aprendizagem com os incidentes e EA (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). O desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes e EA é indissociável do desenvolvimento dos conceitos de melhoria contínua da qualidade e cultura de segurança do doente, que são recomendados pela resolução 55.18 da OMS e pela recomendação 2009/C151/01 do Conselho da União Europeia, pois através deles consegue-se reconhecer o erro, compreender as suas causas e implementar medidas corretivas (Portugal, MS, DGS, 2012c).

Para que a comparação seja possível e a recolha da informação uniforme, a OMS publicou, em 2009, a Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente, estabelecendo a linguagem de referência para o relato e análise de incidentes de segurança do doente (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a). Para Leape (2002) o relato de incidentes é uma medida preventiva do erro na prestação direta de cuidados, pois permite compreender melhor o tipo de erros e as suas causas, divulgar informação sobre o erro e seus efeitos adversos e fomentar a segurança dos doentes. Deste modo a organização poderá aprender com os erros cometidos e gerir com mais eficiência e eficácia os seus recursos para evitar futuros erros.

Em Portugal a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de um sistema nacional de notificação de incidentes e de EA, não punitivo, educativo e percussor da aprendizagem com o erro (Despacho n.º 14223/2009, 2009, junho 24).

4.1. Características dos sistemas de notificação e registo

Os sistemas de registo de incidentes e EA devem garantir a segurança jurídica dos dados e de todos os envolvidos no sistema de notificação, tal como definido na Lei de proteção de dados pessoais (Lei n.º 67/98, 1998, outubro 26). Muitos processos judiciais nos EUA estão relacionados com queixas dos cidadãos face aos cuidados de saúde e aos seus profissionais. Para Bruno (2010), a dimensão desta problemática em Portugal está longe de atingir a realidade americana, contudo são cada vez mais frequentes as reclamações e notificações ao Ministério Público, Inspeção Geral do Trabalho e Ordem dos Médicos e Enfermeiros devido a comportamentos e decisões dos profissionais de saúde. A notificação

de erros, incidentes e EA, desencadeia uma investigação aprofundada e consequente reconfiguração do sistema para prevenir a sua recorrência, logo para a segurança do doente o importante é a resposta que o registo desencadeou (Leape L. L., 2002). Para o autor, as características ideais de um sistema de notificação de eventos são:

- caráter não punitivo;
- independência;
- confidencialidade;
- recorre a análise de peritos;
- reação em tempo adequado;
- resposta adequada a recomendações externas;
- orientação para o sistema;
- facultativo/obrigatório.

Para a *World Alliance for Patient Safety* (2005) existem quatro princípios subjacentes ao sistema de notificação:

- reforçar a segurança do doente, aprendendo com as falhas do sistema de saúde;
- quem notifica não deve ser punido, nem sofrer consequências pelo facto de ter notificado um determinado incidente ou EA;
- a notificação é válida se conduzir a uma resposta construtiva, o que implica feedback sobre as conclusões da análise dos dados, assim como recomendações sobre mudanças nos processos e sistemas de cuidados de saúde;
- análise significativa, aprendizagem e disseminação dos conhecimentos adquiridos. Quem recebe os relatórios deve ter capacidade para disseminar as informações, fazer recomendações para implementar mudanças e informar sobre o desenvolvimento das soluções.

Além dos princípios enunciados, a mesma entidade definiu um conjunto de recomendações para os sistemas de registo de EA:

- devem ter como objetivo principal a melhoria da segurança dos doentes, através da identificação de erros e incidentes, análise e investigação dos fatores subjacentes;

- no sistema de registo de EA e aprendizagem devem ser definidos (i) os objetivos do sistema, (ii) quem deve reportar, (iii) o que é reportado, (iv) a receção e gestão dos dados, (v) os peritos na análise, (vi) o feedback aos profissionais, (vii) a classificação dos eventos, (viii) a disseminação das conclusões e (ix) a estrutura técnica e segurança dos dados;
- deve ser incentivado o registo em larga escala;
- garantia de não punição de quem regista;
- independência do sistema face a quem tem autoridade para punir;
- garantia de anonimato de quem procede ao registo;
- os eventos devem ser analisados num determinado espaço de tempo, por peritos que entendam as circunstâncias clínicas e procedimentos envolvidos e tenham preparação para reconhecer as causas;
- as recomendações devem ser disseminadas;
- as recomendações devem ser céleres e incluir estratégias preventivas.

Alguns países como, Dinamarca, Austrália, Reino Unido e EUA, considerados exemplos de sucesso, porque possuem os mais avançados sistemas de notificação de EA do mundo, apresentam um sistema de notificação, legislado, voluntário, anónimo, confidencial e com carácter não punitivo, excetuando-se os EUA onde os sistemas não são voluntários. Os EA relatados são alvo de análise com informação de retorno divulgada como forma de promover a aprendizagem. As principais características dos sistemas de registo destes países apresentam-se resumidas no quadro 3. A gestão das notificações difere ligeiramente, sendo em alguns países, efetuada localmente e noutros a nível local e nacional.

Quadro 3: Comparação internacional dos sistemas de notificação

Países	Dinamarca	Austrália	EUA	Reino Unido	Portugal
Legislação e sistema de	Lei de segurança dos doentes (10/06/2003), entrou em vigor em Janeiro de 2004	<i>Australian incidente minitoring system</i> , adoptado em 1993 (sistema único)	Vários Estados com diferentes sistemas que se têm aperfeiçoado e implementado	National Reporting and Learning System, criado em Fevereiro 2004 (sistema único)	Orientação n.º 025/2012 da DGS implementa o SNNIEA (sistema único)
Sistema de notificação	Obrigatório Confidencial Anónimo Livres de sanções Orientado para a aprendizagem	Voluntário Confidencial Base de dados muito segura e de acesso restrito, onde a disseminação da informação é crime	Não existe um sistema nacional de registo. Todos eles são voluntários, confidenciais e não punitivos.	Voluntário Anónimo Confidencial Não punitivo	Voluntário, anónimo, confidencial, não punitivo. Acessível a profissionais e cidadãos.
Tratamento	Classificados os eventos, os mais baixos são tratados localmente, os mais graves são submetidos a análise de causa raiz.	Gestão Local e análise agregada a nível nacional.	A <i>Root cause analysis</i> é a metodologia de análise.	Dados agregados e analisados, a investigação da responsabilidade dos incidentes é efetuada pelas organizações locais.	Gestão e análise local. Análise agregada a nível nacional.
Divulgação	<i>Newsletters</i> regulares e relatórios anuais como forma de promover a aprendizagem.	Newsletters e publicações periódicas.	Desde o “to err is human” existe grande preocupação, desenvolvimento e partilha de conhecimento na área.	Publicação, relatórios, pareceres, formação em análise da causa raiz.	Envio de relatórios anuais à DGS com natureza das notificações e medidas implementadas.

Fonte: (Bruno, 2010; Portugal, MS, DGS, 2012c; Portugal, MS, DGS, 2013a)

Um sistema de notificação que promova o registo de qualquer incidente, mesmo que pareça insignificante para análise, aprendizagem e prevenção de futuros incidentes, aumenta a segurança do doente e consequentemente a qualidade na saúde. A cultura de “receio” de notificação, vigente na maioria das organizações de saúde, pode ser alterada se existir uma proteção legal a quem regista incidentes e EA.

Num estudo exploratório, efetuado por Bruno (2010) em 4 hospitais portugueses, dois submetidos à acreditação pelas normas do *Health Quality Service* e dois à acreditação pela *Joint Commission International*, numa amostra de 100 médicos e 100 enfermeiros, quando questionados sobre a concordância com o sistema de notificação 64,0% dos inquiridos concorda com o sistema existente no seu hospital, 23,0% não tem opinião formada e 11,0% não concorda. No mesmo estudo, avaliou a opinião sobre a criação de um sistema nacional de notificação e suas características, revelando que a maioria concorda com a sua criação

(98,0%). Tanto para médicos (90,0%) como para enfermeiros (83,0%) o sistema deve ser anónimo. Relativamente ao carácter obrigatório ou voluntário do sistema, ambos os grupos profissionais partilham a mesma opinião, com 78,0% a considerar que deve ser obrigatório. Outro estudo realizado num hospital sem sistema de notificação implementado concluiu que 88,5% dos enfermeiros concorda com a criação de um sistema de notificação no hospital. Quanto ao anonimato 63,46% revelam-se a favor e 72,0% concordam com a obrigatoriedade do mesmo (Lima, 2011). De acordo com Bruno (2010) as características preferidas pela maior parte dos participantes originaria a implementação de um sistema anónimo e obrigatório, o que demonstra que existem receios quanto à identificação dos agentes envolvidos.

A OMS (2005) confirma que o anonimato e a confidencialidade dos sistemas de notificação contribuem favoravelmente para o registo de eventos e partilha dos erros, pois diminui o receio de quem reporta. Em oposição Vincent (2004) considera que o anonimato constitui um obstáculo na obtenção de informações complementares que podem ser uteis na determinação das causas do evento.

4.2. O sistema de notificação português

O Sistema de Registo e Notificação de Incidentes e EA que se implementou em Portugal estruturou-se com base nas recomendações do Conselho Europeu (Conselho Europeu, 2006; Conselho Europeu, 2009) e da OMS (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011a), abrange todos os níveis e áreas de prestação de cuidados, e tem como objetivo dotar os cidadãos e os profissionais de uma ferramenta para a notificação, de forma anónima e não punitiva, de incidentes de segurança que possam ocorrer no Sistema Nacional de Saúde (público e privado), possibilitando a gestão de incidentes e EA.

O sistema foi desenvolvido a partir da experiência da Agência de Qualidade na Saúde da Andaluzia que tem mais de uma década de iniciativas implementadas na área da segurança do doente e foi apresentado em setembro de 2011. Efetuado o trabalho de adaptação, incluindo a tradução, parametrização e desenvolvimento do sistema de informação de suporte do sistema de notificação, todos os conteúdos foram introduzidos na aplicação informática do SNNIEA. Posteriormente no último trimestre de 2011 e início de 2012 foi iniciada a realização de testes piloto, ao SNNIEA em 6 instituições hospitalares e 2 unidades de saúde familiares. Após a realização destes testes e da introdução das correções necessárias este foi implementado em 2013 a nível nacional. Concomitantemente à implementação do SNNIEA, foi divulgada uma orientação da DGS, com a identificação das definições e conceitos adotados a nível nacional em segurança do doente, para facilitar a

aquisição de uma linguagem comum e permitir a obtenção de informação fiável e comparável neste âmbito (Portugal, MS, DGS, 2012d).

Para o DQS (2014a) o objetivo do SNNIEA era disponibilizar o sistema a todas as unidades de saúde, de todos os níveis de cuidados, setor público e privado, motivando os profissionais para a comunicação de incidentes de segurança do doente. A adesão à notificação demonstra o compromisso com a segurança do doente, promovendo a criação de uma cultura de segurança nas unidades de saúde e apoiando os profissionais na prestação de cuidados mais seguros. A médio e longo prazo, pretende-se alargar a rede ao maior número de instituições possível e a integração numa rede multinacional para a notificação, partilhando as práticas e o conhecimento gerado e criando uma cultura de segurança assente na partilha das melhores práticas internacionais.

A DGS através da norma 008/2013 de 15/05/2013 exigiu a cada instituição a nomeação de um gestor local, assim como o seu substituto em caso de impedimento legal que ficam obrigados a garantir (Portugal, MS, DGS, 2013a):

- a) que o acesso à sua página pessoal no SNNIEA seja intransmissível;
- b) que cada notificação corresponde, efetivamente, a um incidente ou EA, validando-a no SNNIEA;
- c) a realização da análise causal de cada notificação;
- d) o seu reporte à administração da instituição;
- e) a realização do acompanhamento e o registo das medidas corretoras implementadas;
- f) o registo atualizado, no SNNIEA, do estado de cada notificação, no que se refere a:
 - i. confirmação de receção da notificação – “RECEBIDA”
 - ii. confirmação da avaliação da notificação realizada por peritos da instituição – “EM ESTUDO”
 - iii. registo da realização de proposta de ações de melhoria decorrentes da notificação – “PROPOSTA DE MEDIDAS CORRETORAS”
 - iv. registo da implementação das medidas corretoras decorrentes da notificação – “RESOLVIDA”

Pela mesma norma, a administração de cada instituição ficava obrigada a implementar medidas corretoras sistémicas sempre que fosse efetuada uma notificação de um incidente

ou EA por forma a evitar que situações semelhantes se repetissem. Ficava ainda obrigada a enviar à DGS, em Janeiro de cada ano:

- a) relatório, reportado ao ano civil anterior, da natureza das notificações ocorridas, assim como das medidas implementadas para correção e prevenção de futuras causas de notificação;
- b) identificação de eventuais áreas que careçam de orientação técnica ou formação por parte DGS.

Cada notificação de incidente ou EA dá origem a um código (localizador) que permite ao notificador saber do estado de cada notificação.

Na prática o SNNIEA estava dividido em três grandes áreas, uma destinada ao profissional, outra ao cidadão e uma terceira destinada ao gestor local.

A entrada no sistema efetuava-se através do sítio na internet da DGS, através da seleção do ícone identificado com Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (<http://www.dgs.pt>).

Em setembro de 2014 a DGS disponibilizou um sistema de notificação, reconfigurado e melhorado na sua estrutura e organização de conteúdos passando a designar-se de Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (Portugal, MS, DGS, 2014b). As características do sistema mantêm-se, assim como o papel do gestor local e a entrada no sistema. No NOTIFICA o questionário inicia-se com a identificação da instituição onde ocorreu o incidente seguido da indicação de quem procede à notificação, profissional ou cidadão. A plataforma vai apresentando janelas com novas questões de acordo com as respostas dadas anteriormente até chegar à tipologia de incidente. As opções disponíveis correspondem às 13 tipologias da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, sendo ainda (pela sua importância) diferenciadas as “Quedas” e as “Úlceras de pressão”.

De acordo com a opção selecionada, surgem diferentes opções de preenchimento adaptadas à tipologia indicada. Terminada a descrição do tipo de incidente, é solicitada informação relativa às consequências do incidente para o doente e para a organização. Uma vez recolhida toda a informação necessária o notificador deve submeter o formulário, resultando deste ato o envio automático da notificação ao gestor local e a geração de um código de acompanhamento da notificação.

4.3. Percepção sobre a notificação

A notificação é uma atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretivas sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014a). Para Lage (2010, p. 11) “poucos profissionais registam os seus erros e menos ainda são os que analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro”. Esta realidade era assim em 2010 e continua em 2013, observe-se o número de notificações em 2013 no SNNIEA (244) (Portugal, MS, DGS, 2014c).

Registo de incidentes e eventos adversos em função da sua ocorrência

De acordo com o estudo de Bruno (2010), os 25 eventos/ocorrências mais comuns nos formulários de registo aplicados, aconteceram nos quatro hospitais analisados e que na maioria das vezes, não são acompanhados do respetivo registo por parte dos médicos e enfermeiros. Constatou ainda que os incidentes (ocorrências sem dano para o doente) ocorrem em maior número, na **disfunção do sistema informático, falta de material, avaria de material, desaparecimento de objetos e valores, esquecimento de exame ou análise e a falta de material cínico e medicamentos**. Os EA (ocorrências com dano para o doente) como **o erro no local a operar, corpo estranho retido após cirurgia, erro relacionado com anestesia, erro de administração de sangue e lesão de órgãos numa cirurgia**, ocorrem em menor número, realidade corroborada por Lima (2011) que utilizou os mesmos 25 eventos/ocorrências. Segundo Lima (2011) os eventos de maior ocorrência foram **o erro na identificação do doente** (91,0%), seguido das **quedas dos doentes** (88,5%). Os eventos com menor expressão são o **erro do local a operar** e a **contagem incorreta de compressas**, ambos com 50,0%. No que diz respeito ao registo das ocorrências, a autora salienta o **erro do local a operar** e a **contagem incorreta de compressas** como os eventos mais registados (ambos com 50,0%). No lugar oposto encontram-se as **quedas dos doentes** (11,5%) e o **erro na identificação do doente** (8,6%). Neste estudo a maior percentagem de ocorrência corresponde à menor percentagem de registo, o que pode ser justificado pela menor gravidade percecionada do dano.

Frequência de notificação de incidentes e eventos adversos nos últimos doze meses

Quanto à frequência de notificação de incidentes e EA, independentemente do dano, analisada em vários estudos, conclui-se que existe uma subnotificação de casos. Num estudo efetuado por Bruno (2010), metade dos inquiridos referiu não ter registado nenhuma

ocorrência nos últimos doze meses, os resultados do estudo de Lima (2011) revelaram que 36,5% dos inquiridos não registou qualquer ocorrência no mesmo período de tempo, no estudo efetuado por Eiras (2011) 73,0% dos inquiridos referiu não ter efetuado qualquer notificação nos últimos doze meses, resultados semelhantes aos obtidos por Pimenta (2013) com 68,0% da amostra a negar a notificação. Outro estudo elaborado por Gomes (2012), numa amostra de 60 profissionais de saúde concluiu que 76,7% dos profissionais não preencheu qualquer tipo de relato de incidente ou EA nos últimos doze meses. Na mesma linha podemos colocar os resultados obtidos por Sousa (2013), num estudo com uma amostra de 310 profissionais de saúde, dos quais 68,7% não relatou qualquer incidente nos últimos doze meses. O resultado obtido por Lima (2011) poderá ser explicado pelo fato da amostra ser constituída exclusivamente por enfermeiros, pois também Gomes (2012) obteve valores mais baixos quando analisados só os enfermeiros (56,5%).

A nível internacional os resultados acompanham a tendência portuguesa. Os dados da AHRQ referentes a 2014 demonstram que 56,0% dos 405 281 inquiridos não registou qualquer incidente nos últimos doze meses. Valor relativamente mais baixo que os obtidos em Portugal o que poderá estar relacionado com a intervenção pioneira dos EUA na sensibilização para esta temática (Sorra, et al., 2014). Em linha com os resultados portugueses Saturno (2009) em Espanha, numa amostra de 2503 profissionais de saúde proveniente de 24 hospitais, conclui que 77,8% dos profissionais não notificou nenhum incidente ou EA no último ano e que 22,3% registaram pelo menos um incidente ou EA.

Obstáculos à notificação de incidentes e eventos adversos

Analisando as possíveis causas que levam os profissionais de saúde a não notificar incidentes e EA, Bruno (2010) baseou-se nas 12 potenciais razões para não notificar, apresentadas num artigo de *Charles Vincent, Nicola Stanhpe e Margaret Crowley* da Universidade *College* de Londres, com o título *Reasons for not reporting adverse incidentes: an empirical study*. Utilizou uma escala de Likert de 1 a 5 (1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo; 5 – concordo totalmente). Dos resultados apurados destaca como primeira razão, **quando há muito trabalho esquece de registar**. Em segundo e terceiro lugar aparecem respetivamente, as **circunstâncias ou evolução do caso tornam desnecessário o registo** e o **não saber quais os incidentes a registar**. Apesar da ordenação das médias ser a referida, apenas o **esquecimento em virtude da carga de trabalho** constitui efetivamente um obstáculo à notificação pois nas outras duas razões não existe concordância para as considerar obstáculo (médias inferiores a 2,5) (Bruno, 2010). Noutro estudo, utilizando as mesmas causas e uma amostra constituída exclusivamente por enfermeiros, concluiu-se que o **receio de um processo**

judicial e o **receio de um processo disciplinar** são considerados obstáculos à notificação (Lima, 2011). Ainda em relação a obstáculos à notificação, Raimundo e Ribeiro (2012), num estudo que aborda a percepção dos enfermeiros face ao relato dos erros de medicação, utilizando uma amostra de 117 enfermeiros, identificou três fatores que podem ser considerados obstáculos, que ordenamos de acordo com a importância atribuída a cada um: **1º - Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se relatarem um erro de medicação; 2º - se algo acontece com o doente em resultado de um erro de medicação, a culpa será atribuída ao enfermeiro; 3º - os enfermeiros têm receio das advertências se relatarem um erro de medicação cometido.**

Fatores facilitadores da notificação

No processo de notificação de incidentes e EA existem algumas variáveis que fazem tender a ação do notificador para um ou outro lado do ato de notificar. Neste momento interessa abordar os fatores que podem facilitar a notificação.

No estudo de Raimundo e Ribeiro (2012) a que nos referimos anteriormente também foram analisados os fatores com potencialidade para facilitar a notificação. Os autores analisaram a classificação atribuída pelos inquiridos a sete potenciais fatores facilitadores da notificação e concluíram que os enfermeiros atribuem uma probabilidade elevada de aumentar o relato aos seguintes fatores (por ordem de relevância):

- **Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização;**
- **Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho;**
- **Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou diretor clínico.**

Com uma probabilidade média a elevada, **se o processo de relato for anónimo**, configura outro fator facilitador da notificação.

Estes resultados estão em consonância com as características defendidas por alguns autores (Bruno, 2010; Lima, 2011; World Alliance for Patient Safety, 2005) para um sistema de notificação de incidentes e EA.

Comunicação dos erros

O *Consensus Statement of the Harvard Hospitals: Responding to Adverse Events* publicado em Março de 2006, é um excelente guia para todo o processo de informação ao doente

relativamente a um EA. De forma prática e objetiva percorre as questões fundamentais sobre que incidentes devem ser revelados, por quem, quando e como. Sugere a necessidade de apoio para a vítima do incidente (cuidados de saúde gratuitos) mas também de uma estrutura dinâmica de apoio aos profissionais envolvidos (*emotional first aid*). O mesmo autor defende que é necessário abandonar o distanciamento que se criou entre o profissional e o doente, como resultado dos imperativos da eficiência, da subespecialização e da tecnologia. O retomar da relação passa pelo compromisso institucional e das equipas de saúde com a abertura em comunicar as falhas nos cuidados e também pela reformulação de uma educação médica mais centrada na qualidade, responsabilidade e personalização da relação médico – doente (Lage, 2010). A este propósito Raimundo e Ribeiro (2012) concluem que os enfermeiros inquiridos ainda não têm opinião bem formada no que diz respeito ao relatar do erro de medicação ao doente e à família. Cerca de 47,0% disse **estar indeciso** e quase 30,0% **discorda** que seja comunicado. Quando questionados sobre a divulgação pública por relatório dos erros de medicação, 37,6% diz **discordar**, 17,9% **discorda totalmente** e 17,1% refere **estar indeciso**. Aproximadamente um quarto dos enfermeiros (23,6%) **concorda** com a divulgação de relatórios hospitalares sobre erros de medicação.

Transportando os resultados encontrados na divulgação dos erros de medicação para a comunicação/divulgação dos restantes incidentes e EA constatamos que ainda existem barreiras a uma política de comunicação aberta, todavia dessa comunicação poderiam obter-se muitos benefícios. A este propósito vejamos as barreiras e benefícios relatados por vários estudos e resumidos por Lage (2010) na tabela 1.

Tabela 1: Barreiras e vantagens na comunicação de eventos adversos

	Barreiras e Riscos	Benefícios
Profissionais de saúde	Medo de litígio Falta de coragem Incerteza sobre conteúdo da entrevista Falta de treino Medo de preocupar o doente Medo do que o doente possa dizer Perda de prestígio / status Isolamento, falta de apoio Pressão silenciadora da Instituição	Alívio Retoma da relação e da confiança com o doente Feedback do doente sobre os cuidados Diminuição da possibilidade de lesão para outros Transparência Deteção de falhas no sistema
Doentes	Medo de retribuição negativa dos profissionais e da instituição Sentimento de culpa dos familiares Canais de comunicação difíceis Medo de ser abandonado nos cuidados Difícil perceção do erro Medo de ofender os clínicos Culpa diluída no sistema	Tratamento adicional Compensação financeira Menor ansiedade relativa a sintomas inexplicados Maior confiança nos profissionais Perceção de ser respeitado por parte dos profissionais Contribuição para a prevenção e análise do incidente

Fonte: (Lage, 2010)

CAPÍTULO 1. Enquadramento do estudo

Neste estudo, além da descrição independente sobre a cultura de notificação de incidentes e segurança do doente e estudo da relação entre as principais variáveis, procurámos conhecer a perceção dos enfermeiros sobre esta problemática.

Optamos por seguir o paradigma baseado na integração metodológica. Segundo esta corrente, o paradigma positivista é insustentável e o interpretativo é incompleto, assim é fundamental encontrar uma perspetiva epistemológica que integre aspetos de ambos os paradigmas (Coutinho, 2013). Na atualidade, para melhorar a qualidade e utilidade da investigação em ciências sociais e humanas “hay que superar la dicotomía cuantitativa/cualitativa”⁴ (Pérez Serrano, 1998, p. 52).

A triangulação metodológica, foi a opção assumida, na convicção de que tal proporcionaria uma visão mais profunda da realidade em estudo, com vantagens consideráveis. Esta metodologia permitiu a integração da estatística na análise de dados e da análise de conteúdo. Desenvolvemos assim um estudo quantitativo (estudo A) e um qualitativo (estudo B), cuja recolha de dados decorreu simultaneamente e onde a integração metodológica foi efetuada na discussão dos resultados através de triangulação dos mesmos. Cada estudo é apresentado separadamente, desde a metodologia até à discussão dos resultados. Na figura 1 apresentamos o esquema geral da investigação.

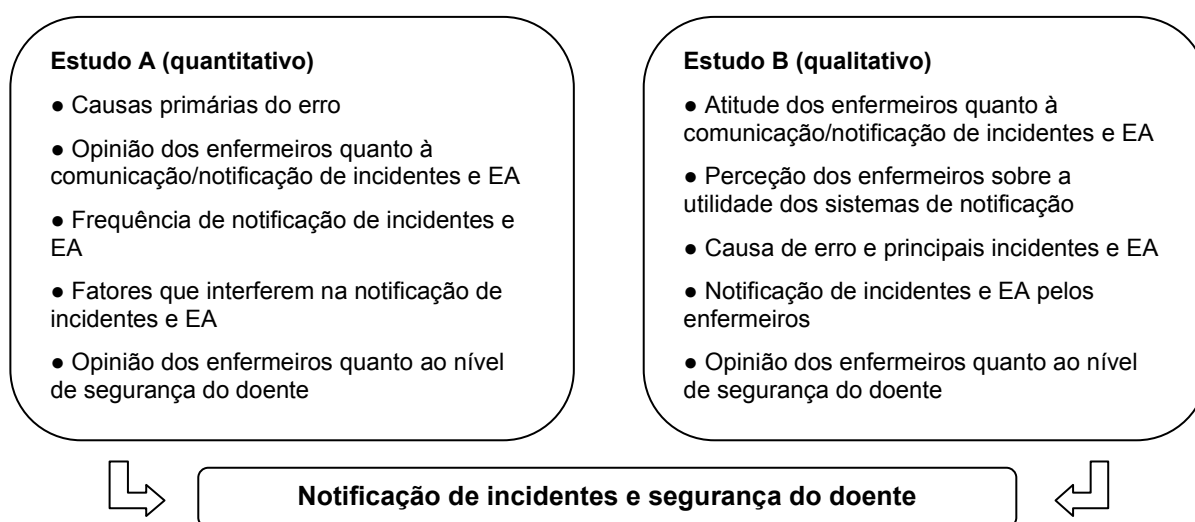


Figura 1: Esquema geral da investigação

⁴ Há que superar a dicotomia qualitativo/quantitativo

ESTUDO A (Estudo quantitativo): Perceção dos enfermeiros sobre notificação de incidentes e segurança do doente

CAPÍTULO 2. Metodologia

Com base no quadro teórico desenvolvido anteriormente, no presente capítulo descreveremos o percurso metodológico adotado para obtenção de resposta à principal questão de investigação. Iremos descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a seleção da amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado e os respetivos procedimentos e análise estatística.

2.1. Métodos

A subnotificação de incidentes e EA inviabiliza o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem, promotora da segurança do doente. A realidade do hospital onde desenvolvemos este estudo caracterizava-se pela indefinição dos processos de notificação e pelo desconhecimento dos seus objetivos. Identificado o problema e no seguimento do enquadramento teórico, construímos algumas **questões de investigação** que passamos a enunciar.

Qual a perceção dos enfermeiros sobre as causas dos erros?

Qual a opinião dos enfermeiros sobre a comunicação de incidentes e eventos adversos?

Qual a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos enfermeiros?

Quais os fatores que interferem na notificação de incidentes e eventos adversos?

Quais as variáveis sociodemográficas, profissionais e cognitivas com influência na perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e sobre a segurança do doente?

Assim, o **objetivo principal** do estudo foi avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e sobre a segurança do doente.

Definido o objetivo principal, delineamos os seguintes **objetivos específicos**:

1 - Identificar as causas dos erros percecionadas pelos enfermeiros;

2 - Identificar a opinião dos enfermeiros quanto à comunicação/notificação de incidentes e eventos adversos;

3 - Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos;

4 - Identificar os fatores que interferem na notificação de incidentes e eventos adversos;

5 - Identificar as variáveis sociodemográficas, profissionais e cognitivas que influenciam a percepção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e sobre a segurança do doente.

A natureza do problema, as questões de investigação levantadas e objetivos definidos levaram-nos à realização de um **estudo quantitativo transversal, descritivo-correlacional**, permitindo utilizar dados numéricos, recolhidos por questionário, para adquirir informações, descrição independente sobre conceitos ou variáveis, verificação de relações entre as principais variáveis em estudo bem como a comparação de grupos, sem manipulação possível das variáveis (Coutinho, 2013). Esta é a forma mais rápida e económica de chegar ao maior número de enfermeiros.

Foi efetuada pesquisa em bases de dados científicas, repositórios científicos, livros, periódicos, artigos de revistas científicas, tendo como linha de orientação a notificação de incidentes e eventos adversos e a segurança do doente. Ao longo da pesquisa, depressa se tornou evidente que existem estudos científicos centrados na problemática da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, mas são escassos os que abordam a percepção dos enfermeiros sobre o processo de notificação. Quer na literatura nacional, quer na internacional, os estudos encontrados centram-se basicamente na cultura de segurança das organizações e na qualidade dos cuidados que estas prestam aos doentes.

A representação esquemática das fases da investigação encontra-se na figura 2.

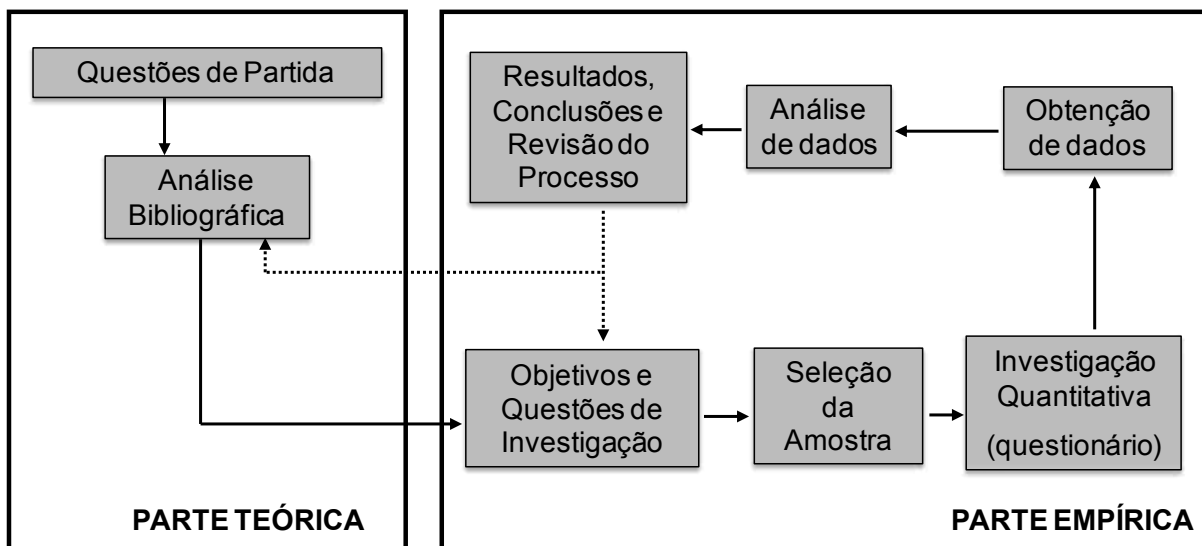


Figura 2: Desenho da metodologia de investigação

Como referimos anteriormente a opção pelo método quantitativo permite abranger um grande número de indivíduos, mas também, garantir precisão nos resultados e evitar distorções de análise e interpretação.

Nesta perspetiva e tendo em conta a revisão teórica, objetivos e as questões de investigação, elaboramos uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. figura 3).



Figura 3: Representação esquemática da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

2.2. Participantes

Na seleção dos participantes do nosso estudo foram considerados os 343 enfermeiros do HAL da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB). Foram excluídos os 18 participantes no estudo qualitativo e os 10 que integraram o pré-teste do questionário, ficando um total de 315 enfermeiros. A aplicação do questionário foi efetuada em Novembro de 2013, obtendo-se uma percentagem de respostas de 61,6%, correspondendo a 194 enfermeiros. Contudo, foram considerados inválidos 12 questionários, visto que não se encontravam totalmente preenchidos, o que representou 6,2% do total de questionários preenchidos. A amostra final selecionada de forma não probabilística, por conveniência, ficou constituída por 182 enfermeiros (57,77%). Em algumas variáveis observamos algumas não respostas (“*missings*”), que de modo algum chegam ao limite de 20,0% dos dados, recomendado por Pestana & Gajreiro (2008) para se proceder a análise específica.

2.2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Idade e sexo

Os participantes no estudo apresentam uma idade mínima de 24 anos e máxima de 61 anos, a que corresponde uma média de $39,80 \pm 8,61$ anos. Para o sexo masculino, que representa 17,1% da amostra, a idade máxima é de 61 anos, enquanto para o sexo feminino (82,9%) a idade máxima é de 57 anos, com uma idade mínima de 24 anos em ambos os sexos.

Os enfermeiros deste estudo são em média mais novos (37,48 anos) que as enfermeiras (40,28 anos), mas não existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, conforme demonstra o teste *U Mann-Whitney* (UMW) ($U = 1898,50$; $p = 0,11$). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K/S) apresenta uma distribuição normal no sexo masculino, mas tanto para o sexo feminino como na amostra global, a distribuição não é normal. Os valores de assimetria revelam curvas simétricas para os dois sexos e para a totalidade da amostra, já em relação à curtose, a curva é mesocurtica no sexo masculino e platicurtica no sexo feminino e na totalidade da amostra. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão média face às idades médias encontradas (cf. tabela 2).

Tabela 2: Estatísticas relativas à idade

Idade Sexo	n	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Masculino	31	24	61	37,48	9,55	25,48	1,01	-0,59	0,20
Feminino	150	24	57	40,28	8,36	20,76	0,41	-2,42	0,01
Total	181	24	61	39,80	8,61	21,64	0,64	-2,46	0,02

Com uma amplitude de variação da idade de 37 anos, procedemos ao seu agrupamento em classes homogêneas com base nas frequências absolutas. Constituímos quatro grupos etários (cf. tabela 6), 24,9% dos enfermeiros têm idade igual ou inferior a 32 anos; 23,8% entre 33 e 38 anos, 26,0% entre 39 e 46 anos e com 47 ou mais anos 25,4% dos enfermeiros. Entre o sexo e o grupo etário não encontramos relação entre as variáveis ($\chi^2=3,94$; $p=0,27$), realidade confirmada pelos resíduos ajustados (cf. tabela 6).

Formação académica

A maioria dos enfermeiros que participaram no estudo possui o Bacharelato ou Licenciatura em enfermagem (86,7%) e 13,3% mestrado. Pela análise dos resíduos ajustados não existe relação entre as variáveis (cf. tabela 6).

Experiência profissional

Para análise desta variável e das duas que se seguem decidimos arredondar para a unidade mais próxima o tempo mencionado em meses. Este procedimento permitiu-nos simplificar a análise dos resultados sem comprometer a veracidade dos mesmos.

A experiência profissional dos enfermeiros varia entre 1 e 35 anos, com uma média de $16,80 \pm 8,34$ anos, sendo $14,58 \pm 8,73$ anos para os homens e $17,25 \pm 8,22$ anos para as mulheres. Não existe diferença com significância entre a experiência profissional e o sexo (UMW – $U=1925,50$; $p=0,12$). A amostra revela-se simétrica e mesocurtica, mas com um coeficiente de dispersão a revelar uma dispersão elevada (cf. tabela 3).

Tabela 3: Estatísticas relativas à experiência profissional

Experiência Profissional	n	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	2	33	14,58	8,73	59,86	0,63	-0,96	0,20
Feminino	151	1	35	17,25	8,22	47,62	1,34	-1,63	0,03
Total	182	1	35	16,80	8,34	49,66	1,34	-1,84	0,02

Pela amplitude apresentada, decidimos agrupar os anos de experiência profissional, em três grupos homogêneos, com base nas frequências absolutas (cf. tabela 6).

Experiência no hospital

As estatísticas relativas ao tempo de exercício no hospital revelam que os enfermeiros têm um ano de experiência mínima e 35 anos de experiência máxima, com uma média de $14,37 \pm 8,41$ anos. Em ambos os sexos, o tempo mínimo de experiência no hospital é de um ano, no entanto, são as enfermeiras que detêm maior tempo de experiência profissional no hospital (35 vs. 29 anos). As médias para ambos os sexos são semelhantes, não existindo diferenças com significância estatística ($U=2168,50$; $p=0,52$). Os valores de assimetria revelam-nos uma curva simétrica para os dois sexos e assimétrica positiva com enviesamento à esquerda na amostra global. Quanto à curtose, os valores K/erro mostram uma distribuição mesocurtica. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face ao tempo médio de serviço no hospital (cf. tabela 4).

Tabela 4: Estatísticas relativas à experiência no hospital

Experiência hospital	n	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	1	29	13,45	8,71	64,75	0,67	-1,11	0,20
Feminino	151	1	35	14,56	8,37	57,45	1,34	-1,63	0,00
Total	182	1	35	14,37	8,41	58,53	2,43	-0,91	0,00

Com uma amplitude de variação elevada, relativa aos anos de serviço no hospital, decidimos agrupar a distribuição em classes homogêneas. Resultam assim três grupos, não existindo relação estatística entre a experiência no hospital e o sexo ($X^2=0,69$; $p=0,71$), o que se confirma também pela leitura dos resíduos ajustados (cf. tabela 6).

Experiência no serviço

O tempo mínimo de experiência no serviço dos enfermeiros é 1 ano, enquanto o máximo é 32 anos, sendo a experiência relativa ao sexo masculino menor (21 anos). As enfermeiras têm em média mais tempo de experiência no serviço ($9,50 \pm 6,82$ anos) que os enfermeiros ($9,26 \pm 6,62$ anos) mas sem diferenças significas, conforme teste *UMW* ($U=2310,50$; $p=0,91$)., Os valores de curtose e assimetria revelam curvas mesocurticas e assimétricas positivas com enviesamento à esquerda para a globalidade da amostra e sexo feminino, simétrica no sexo masculino. Os coeficientes de variação indiciam uma dispersão elevada face à média da experiência no serviço (cf. tabela 5).

Tabela 5: Estatísticas relativas à experiência no serviço

Experiência serviço atual	n	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	1	21	9,26	6,62	71,54	0,80	-1,38	0,20
Feminino	151	1	32	9,50	6,82	71,77	4,71	1,65	0,00
Total	182	1	32	9,46	6,77	71,55	4,64	1,09	0,00

A elevada amplitude dos anos de experiência no serviço permitiu agrupar a amostra em três grupos homogêneos, não existindo relação estatística entre a experiência no serviço e o sexo ($X^2=0,20$; $p=0,91$). A análise dos resíduos ajustados revela-nos conclusões idênticas (cf. tabela 6).

Categoria Profissional

A maioria dos enfermeiros pertence aos cuidados gerais (80,8%), 13,7% especialistas e por fim, 5,5% dos enfermeiros estão na coordenação. Entre a categoria profissional e o sexo não encontramos relação estatística, pela análise dos resíduos ajustados (cf. tabela 6).

Acreditação do serviço

Relativamente à acreditação do serviço onde trabalham, 87,4% dos enfermeiros revelou que o mesmo não é acreditado, 5,5% trabalham num serviço acreditado e uma percentagem de 7,1% não conhece a situação do serviço. Pela análise dos resíduos ajustados concluímos que não existe relação estatística entre a acreditação do serviço e o sexo, sendo que apenas 10 enfermeiras do estudo trabalham num serviço acreditado (cf. tabela 6).

Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e profissional em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais			
	Masculino		n	%	n	%	Masc.	Fem.		
	n	%	(31)	(17,0)	(151)	(83,0)	(182)	(100,0)		
Grupo Etário										
≤ 32 anos	12	38,7	33	22,0	45	24,9	2,0	-2,0		
33 - 38 anos	6	19,4	37	24,7	43	23,8	-0,6	0,6		
39 - 46 anos	6	19,4	41	27,3	47	26,0	-0,9	0,9		
≥ 47 anos	7	22,6	39	26,0	46	25,4	-0,4	0,4		
Formação académica										
Bacharelato/Licenciatura	29	93,5	128	85,3	157	86,7	1,2	-1,2		
Mestrado	2	6,5	22	14,7	24	13,3	-1,2	1,2		
Grupo Exp. Profissional										
≤ 12 anos	13	41,9	47	31,1	60	33,0	1,2	-1,2		
13 - 20 anos	10	32,3	54	35,8	64	35,2	-0,4	0,4		
≥ 21 anos	8	25,8	50	33,1	58	31,9	-0,8	0,8		
Grupo Exp. Hospital										
≤ 9 anos	12	38,7	47	31,1	59	32,4	0,8	-0,8		
10 - 17 anos	10	32,3	53	35,1	63	34,6	-0,3	0,3		
≥ 18 anos	9	29,0	51	33,8	60	33,0	-0,5	0,5		
Grupo Exp. Serviço										
≤ 5 anos	9	29,0	44	29,1	53	29,1	-	-		
6 - 11 anos	11	35,5	59	39,1	70	38,5	-0,4	0,4		
≥ 12 anos	11	35,5	48	31,8	59	32,4	0,4	-0,4		
Categoria										
Cuidados gerais	26	83,9	121	80,1	147	80,8	0,5	-0,5		
Especialista	3	9,7	22	14,6	25	13,7	-0,7	0,7		
Coordenação	2	6,5	8	5,3	10	5,5	0,3	-0,3		
Acreditação do serviço										
Sim	0	0,0	10	6,6	10	5,5	-1,5	1,5		
Não	29	93,5	130	86,1	159	87,4	1,1	-1,1		
Não sei	2	6,5	11	7,3	13	7,1	-0,2	0,2		

Em síntese

A amostra em estudo é constituída por 182 enfermeiros (82,9% do sexo feminino), com idade mínima de 24 anos e máxima de 61 anos, e média de 39,80±8,61 anos.

Maioritariamente possui como habilitação académica o bacharelato ou licenciatura em enfermagem e apenas 13,3% possuem mestrado.

A experiência profissional, a experiência no hospital e a experiência no serviço tem uma dispersão elevada, com mínimo de 1 ano e máximos de 35 anos para as duas primeiras e 32 anos para a última. As médias diminuem com a especificidade, sendo de $16,80 \pm 8,34$; $14,37 \pm 8,41$; $9,46 \pm 6,77$, respetivamente.

Mais de três quartos dos enfermeiros (80,8%) prestam cuidados gerais, estando os restantes nos cuidados especializados e na coordenação.

A grande maioria dos enfermeiros trabalha em serviços sem acreditação (87,4%).

2.3. Instrumento de recolha de dados

Definido o problema, as variáveis, os objetivos, o tipo de estudo e selecionada a amostra, foi necessário escolher o instrumento adequado para a recolha dos dados empíricos. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário constituído por variáveis sociodemográficas, profissionais e cognitivas e questões que pretendem avaliar as doze dimensões relacionadas com a notificação de incidentes e eventos adversos e com a segurança do doente.

2.3.1. Questionário

Como instrumento de recolha de dados recorremos a um questionário auto-aplicado, dividido em quatro partes (Apêndice A). A primeira centrou-se na caracterização sociodemográfica e profissional dos indivíduos da amostra. As restantes avaliam 12 dimensões relacionadas com a notificação de incidentes e EA e com a segurança do doente e resultaram da integração de três questionários validados para a população portuguesa, cujas respetivas autorizações foram obtidas junto dos autores (Anexo A). Na terceira parte incluíram-se ainda duas questões que permitiram caracterizar a amostra cognitivamente em relação ao SNNIEA.

Dos três questionários selecionamos as dimensões relevantes para satisfazer os objetivos definidos e responder às questões de investigação elaboradas, que passamos a descrever.

Da escala de “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais”, versão portuguesa do “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”, concebido e validado pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, traduzido e validado para a população portuguesa em 2008 por Margarida Eiras e Ana Escoval, utilizamos as seguintes dimensões:

- Feedback e comunicação acerca do erro;
- Abertura na comunicação;
- Resposta ao erro não punitiva;
- Percepções gerais sobre a segurança do doente;
- Grau de segurança do doente.

O instrumento desenvolvido por Bruno (2010) sobre registo de incidentes e EA permitiu avaliar a ocorrência e respetivo registo de incidentes e EA comuns; a frequência de notificação relacionada com a gravidade do dano e o número de incidentes e EA registados nos últimos 12 meses.

Da terceira escala, validada por Raimundo e Ribeiro (2012), com o objetivo de avaliar as percepções dos enfermeiros sobre o relato de erros de medicação, selecionamos as questões relacionadas com:

- Obstáculos à notificação de erros;
- Fatores facilitadores da notificação;
- Causa primária dos erros;
- Comunicação do erro e publicação dos relatórios.

Com a aplicação do questionário resultante, pretendíamos abranger um grande número de indivíduos, no sentido de caracterizar os principais traços identificadores sobre o tema.

A validade e a fiabilidade de um instrumento são essenciais para a qualidade (avaliar o que se pretende) e reprodutibilidade (resultados idênticos com amostras distintas e lugares distintos) do estudo (Coutinho, 2013).

Todos os instrumentos de recolha de dados devem ser avaliados quanto à validade e fiabilidade (Coutinho, 2013), contudo, o nosso questionário é composto por escalas provenientes de instrumentos validados para a população portuguesa, pelo que, assumimos como válidas as escalas utilizadas. Por outro lado, a validade de constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se revelam superiores face às provas contrárias (Duarte, 2011). Do ponto de vista da fiabilidade os testes disponíveis avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens de um instrumento. A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efetuada neste estudo na medida em que constituindo este inventário um instrumento para medir um estado que poderá ser modificado, não é relevante como medida de fiabilidade (Duarte, 2011). A consistência interna reporta-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova (Duarte, 2011),

isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Freire & Almeida, 2008). Deste modo, avaliamos a homogeneidade dos itens (consistência interna) deste estudo realizando os seguintes passos:

- Cálculo da matriz de correlações que relaciona cada item com a correlação total da prova. Indica-nos se a resposta de um sujeito a um item é consistente com a resposta ao instrumento como um todo, sendo mais consistente quanto mais se aproximar da unidade (Coutinho, 2013).

- Determinação do coeficiente alpha de Cronbach. É o indicador mais aconselhado para avaliação da consistência interna de instrumentos de tipo escala de Likert (Coutinho, 2013). Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala (Duarte, 2011). Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0,9 a consistência interna é considerada muito boa e abaixo de 0,6 inadmissível, de 0,6 a 0,7 fraca, de 0,7 a 0,8 razoável e de 0,8 a 0,9 boa (Pestana & Gageiro, 2008), todavia em ciências sociais um valor de alpha baixo, pode não significar baixa fiabilidade do teste em si, mas apenas falta de homogeneidade em alguns dos seus itens, que deveriam ser retirados (Coutinho, 2013). A mesma autora lembra ainda que apesar dos resultados obtidos, não devemos rejeitar o instrumento, devemos ter sempre em conta a heterogeneidade das amostras e as características do próprio instrumento.

- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2011; Pestana & Gageiro, 2008).

Identificadas as fontes do nosso questionário, e a forma como avaliamos a sua validade e fiabilidade, passamos agora a descrevê-lo de forma pormenorizada. Dividimo-lo em quatro partes distintas, de acordo com as dimensões a analisar, o que nos permitiu recolher informações importantes sobre dados pessoais e profissionais, prática e perceção acerca da notificação, a comunicação no hospital e por último sobre a segurança do doente.

Parte I – Dados pessoais e profissionais

As oito questões iniciais pretendem obter dados sociodemográficos e profissionais dos participantes: sexo, idade, formação académica, tempo de exercício profissional total na instituição e no serviço atual, área de prestação de cuidados e classificação do serviço onde trabalha quanto à acreditação/certificação (cf. quadro 4).

Quadro 4: Operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

VARÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
ATRIBUTOS	CATEGORIAS
Sexo	Masculino / Feminino
Idade	Anos
Formação Académica	Bacharelato / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento / Outro
VARIÁVEIS PROFISSIONAIS	
Exercício profissional	Anos
Exercício na Instituição	Anos
Exercício no serviço	Anos
Área de prestação	Cuidados gerais / Especialista / Coordenação
Acreditação do serviço	Sim / Não

Parte II – Perceção sobre o erro e notificação

A segunda parte é constituída por seis questões e permite caracterizar a amostra em relação à sua prática de registo/notificação de incidentes e eventos adversos (erros) e a sua perceção sobre a notificação.

A primeira questão é constituída por 25 eventos/ocorrências, selecionados após análise efetuada aos formulários de registo de incidentes em instituições sujeitas às normas do *Health Quality Service* e da *Joint Commission International* (Bruno, 2010). Com esta questão pretendemos avaliar a frequência de registo dos referidos eventos/ocorrências. Esta é uma questão dicotómica e de resposta dupla, pois para cada item questiona-se a sua ocorrência e em caso afirmativo, o seu registo.

A questão número dois, adaptada por Bruno (2010) do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais”, permite-nos avaliar a frequência de notificação de uma ocorrência em função das consequências para o doente. A questão tem cinco itens elaborados em escala ordinal tipo Likert de cinco pontos: (5) sempre; (4) a maioria das vezes; (3) por vezes; (2) raramente; (1) nunca. Nesta dimensão pode ser obtida uma pontuação que varia de 5 a 25, sendo que o 5 corresponde a ausência de notificação de ocorrências e 25 à notificação total das ocorrências existentes.

Estudo psicométrico

Avaliando a consistência interna desta escala, o quadro 5 revela-nos suporte para a rejeitar, uma vez que um alpha de 0,48 é inadmissível (Pestana & Gageiro, 2008). Todavia, em ciências sociais este alpha poderá significar maior heterogeneidade da amostra ou dever-se às características do próprio instrumento de medida. A correlação de cada item com o total da escala é baixa, sendo mais fraca para o item cinco, já a correlação mais alta é obtida no item quatro. Os valores médios e respetivos desvios padrões dos vários itens, permitem-nos confirmar a sua centralidade.

Quadro 5: Consistência interna da frequência de notificação

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	É detetada e corrigida antes de afetar o doente	3,62	1,07	0,23	0,42
2.	Não têm perigo potencial para o doente	3,31	1,01	0,28	0,39
3.	Poderia causar dano para o doente mas isso não acontece	3,05	1,09	0,33	0,35
4.	Provoca danos moderados	2,52	1,10	0,36	0,32
5.	O dano é trágico (morte, incapacidade)	2,19	1,37	0,08	0,54
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,49			

A terceira questão permite-nos quantificar o número de registos/notificações efetuadas por cada profissional nos últimos doze meses. As questões número quatro e cinco foram adaptadas do questionário “*Nurses’ perceptions of and experiences with medication errors*”, de Maurer, traduzido e validado por Raimundo e Dias (2012) e Raimundo e Ribeiro (2012) para português. Estas escalas, utilizadas para analisar a perceção de obstáculos e de fatores facilitadores ao relato de erros de medicação foram adaptadas no nosso questionário para análise da perceção de obstáculos e fatores facilitadores à notificação de incidentes e eventos adversos. Desse processo resultou a adição de um item na primeira (Desconheço o sistema de notificação) e a subtração na segunda, do primeiro item da escala original relacionado com os cinco princípios da administração de medicação, pois no caso da nossa investigação carece de sentido. A questão número quatro é composta por nove itens em formato Likert de quatro pontos: (4) não é obstáculo; (3) obstáculo menor; (2) obstáculo moderado; (1) grande obstáculo. Existe ainda uma questão aberta para identificação de outro obstáculo não definido nos itens anteriores, contudo a fraca adesão a esta, levou-nos a decidir pela sua não inclusão no tratamento estatístico. Assim, uma pontuação de 9 revela-nos que todos os itens são um grande obstáculo à notificação, no extremo oposto (36 pontos), encontramos uma fraca oposição destes itens à notificação.

Estudo psicométrico

Reportando-nos aos resultados da fiabilidade, o quadro 6 mostra-nos as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Os valores de alpha vão de razoáveis a bons, uma vez que variam entre 0,75 e 0,81. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 5 é o mais problemático, visto que o valor mínimo é de ($r=0,26$) revelando-se por isso menos homogéneo face aos outros itens, já a correlação máxima obtém-se no item oito ($r=0,69$). Os valores médios e respetivos desvios padrões, permitem-nos afirmar que os diversos itens se encontram centrados. Do cálculo do índice de fiabilidade pelo método das metades resultam valores de alpha de Cronbach mais fracos do que o alpha para a globalidade da escala (0,80), visto que para a primeira metade se obteve um valor de 0,63 e para a segunda de 0,73.

Quadro 6: Consistência interna da escala de obstáculos à notificação

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro	2,01	0,88	0,53	0,77
2.	Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes	2,25	1,03	0,49	0,78
3.	Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem notificados	2,28	0,96	0,44	0,78
4.	Se algo acontece com o doente em resultado de um erro, a culpa será atribuída ao enfermeiro	1,93	0,87	0,52	0,78
5.	Desconheço o sistema de notificação	2,20	1,13	0,26	0,81
6.	O ato/sistema de notificação é demasiado detalhado e moroso	2,20	1,06	0,38	0,79
7.	Os enfermeiros têm receio das advertências se notificarem o erro cometido	2,18	1,00	0,68	0,75
8.	Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se notificarem um erro	2,17	1,00	0,69	0,75
9.	Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o notificar	2,70	1,04	0,47	0,78
Coeficiente Split-half		Primeira metade = 0,63			
		Segunda metade = 0,73			
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,80			

A questão cinco pretende analisar a perceção sobre fatores facilitadores do relato de incidentes e eventos adversos, possui um item de resposta aberta e seis em resposta tipo Likert com cinco pontos: (5) muito baixa; (4) baixa; (3) indeciso; (2) média; (1) elevada. O item de resposta livre seria para expressão de outros fatores facilitadores, todavia sem adesão significativa. Uma pontuação mínima de 6 revela uma elevada probabilidade de relato se os fatores em questão estiverem presentes, já os 30 pontos manifestam uma probabilidade muito baixa.

Estudo psicométrico

Do estudo de fiabilidade para esta escala (cf. quadro 7), resulta um alpha de Cronbach global de 0,84, valor que revela uma boa consistência interna. O mesmo estudo efetuado pelo método de Split-half evidencia uma primeira metade de fraca consistência (0,65) e uma segunda de boa consistência (0,88). Da análise de correlação de cada item com o total, verifica-se que o item 2 é o que apresenta menor correlação (0,49) não se revelando por isso tão homogéneo face aos outros itens, a correlação máxima é obtida no item 5 (0,74), a variabilidade verificada poderá anunciar alguma falta de homogeneidade entre os itens. Da análise dos valores médios e respetivos desvios padrões verifica-se uma concentração dos itens abaixo do valor médio.

Quadro 7: Consistência interna da escala de fatores facilitadores da notificação

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	Se o processo de relato for anónimo	1,99	1,20	0,55	0,83
2.	Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado	2,01	1,08	0,49	0,84
3.	Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção dos erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização	1,52	0,84	0,55	0,83
4.	Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho	1,59	0,91	0,72	0,79
5.	Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico	1,73	0,99	0,74	0,79
6.	Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço	1,82	0,98	0,69	0,80
Coeficiente Split-half		Primeira metade = 0,65			
		Segunda metade = 0,88			
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,84			

A sexta e última questão desta parte pretende identificar as causas primárias de erro. É composta por dez itens e foi adaptada do questionário já referido para as duas escalas anteriores. Tem também um item de resposta aberta para identificação de outras causas possíveis. Esta escala segue também o formato Likert com cinco pontos: (5) sempre; (4) frequentemente; (3) às vezes; (2) raramente; (1) nunca. Pontua de 10 a 50 e a maior pontuação corresponde maior frequência dos fatores descritos na causa primária de erro. Embora possível, não foram mencionados outros fatores relacionados com causa primária de erro com peso significativo.

Estudo psicométrico

Determinada a consistência interna dos itens, os valores de alpha de Cronbach para cada item revelaram-se na sua maioria fracos, ao situarem-se entre 0,58 e 0,78, para um alpha global de 0,77 (cf.

quadro 8). Pelo método das metades os coeficientes obtidos são mais baixos, sendo mesmo o da primeira metade considerado inadmissível (0,38), contudo em ciências sociais será prudente não rejeitar este tipo de escala. Já o coeficiente da segunda metade é considerado razoável. No que concerne à correlação item/total, os valores obtidos entre 0,22 e 0,51, revelam que os itens não são tão homogêneos com seria desejável. Retirando o item número 5, melhorava a consistência interna. Este facto verifica-se com o aumento do valor de alpha se esse item fosse retirado.

Quadro 8: Consistência interna da escala de causas primárias de erro

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	Falta de conhecimentos do enfermeiro/necessidade de formação	2,76	0,83	0,34	0,61
2.	O enfermeiro não está familiarizado com o serviço	2,58	0,82	0,48	0,59
3.	Falta de enfermeiros	3,62	0,86	0,41	0,60
4.	Interrupções durante um procedimento.	3,31	0,80	0,42	0,60
5.	Sobrecarga horária.	3,77	3,03	0,22	0,78
6.	O enfermeiro tem conhecimentos limitados da prática clínica.	2,45	0,77	0,39	0,60
7.	Desmotivação.	3,14	0,88	0,32	0,61
8.	Ambiente de trabalho hostil.	2,91	0,83	0,51	0,58
9.	Procedimentos mal definidos e não regulamentados.	3,28	0,88	0,38	0,60
10.	Errada conceção do espaço físico.	2,64	0,94	0,48	0,58
Coeficiente Split-half		Primeira metade = 0,38			
		Segunda metade = 0,69			
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,77			

Parte III – Comunicação de ocorrências

Nesta parte do questionário englobámos quatro questões que permitem caracterizar a perceção dos participantes sobre a comunicação de incidentes e eventos adversos.

Na primeira questão, seleccionada do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais”, pretendemos avaliar duas dimensões, o “feedback e comunicação acerca do erro”, dado pelos itens, um, três e cinco e a “abertura na comunicação”, resultante dos itens, dois, quatro e seis. A escala é composta por seis itens, em formato Likert com cinco pontos: (5) sempre; (4) a maioria das vezes; (3) por vezes; (2) raramente; (1) nunca. O item número seis é classificado de forma inversa. Esta escala pontua de 6 a 30, sendo que a maior pontuação corresponde maior abertura e feedback na comunicação.

Estudo psicométrico

Os resultados psicométricos da escala para o presente estudo (cf. quadro 9) permitiram verificar que os valores médios oscilam entre os 2,62 no primeiro item e os 3,66 no segundo. Quanto aos valores do alpha de Cronbach para cada um dos itens da escala, podem classificar-se de razoáveis, oscilando entre os 0,71 no quinto item e os 0,79 no sexto, já o alpha global é de 0,78. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, obtiveram-se valores de alpha mais fracos, 0,64 na primeira metade e 0,66 na segunda. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o sexto item é o mais problemático, com $r=0,33$ e aquele que mais faria subir o valor de alpha se fosse retirado (melhor consistência interna), todavia esta ação não alteraria de forma acentuada o valor total do alpha, passando de 0,78 para 0,79. Por outro lado, o quinto item apresenta o valor máximo de correlação ($r=0,64$).

Quadro 9: Consistência interna da escala de comunicação acerca do erro

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	2,62	1,18	0,43	0,77
2.	Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.	3,66	0,99	0,58	0,73
3.	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.	3,22	1,04	0,56	0,73
4.	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.	2,93	0,97	0,63	0,72
5.	Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	3,14	1,17	0,64	0,71
6.	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	3,43	0,86	0,33	0,79
Coeficiente Split-half		Primeira metade = 0,64			
		Segunda metade = 0,66			
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,78			

Avaliando a consistência interna das duas dimensões em separado obtêm-se as estatísticas presentes no quadro 10 e no quadro 11. A primeira dimensão, “feedback e comunicação acerca do erro”, pretende avaliar a perceção dos enfermeiros face ao feedback das suas comunicações. Esta dimensão pontua de 3 a 15 e quanto maior a pontuação obtida melhor o feedback percebido.

Estudo psicométrico

De acordo com os resultados de fiabilidade obtidos, o quadro 10 mostra-nos as médias, desvios padrões e as correlações entre cada item e o valor global, o que nos dá uma indicação de como o item se combina com o valor global. Os valores de alpha de Cronbach obtêm aqui a classificação de fraco, pois variam entre os 0,53 e os 0,67, todavia quando analisado o valor do alpha global esta classificação sobe consideravelmente, passando a ser considerado um alpha razoável. Este facto associado aos valores das correlações item total corrigido, revela que o item 3 é o que melhor se correlaciona com o total ($r=0,60$) e o item 1 é o mais problemático, dada a sua menor correlação ($r=0,49$) e o seu maior impacto negativo no valor de alpha.

Quadro 10: Consistência interna do feedback e comunicação acerca do erro

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	2,62	1,18	0,49	0,67
3.	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.	3,22	1,04	0,60	0,53
5.	Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	3,14	1,17	0,50	0,65
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,71			

A segunda dimensão desta escala, “abertura na comunicação”, pretende perceber a cultura de comunicação interpares e hierarquias. É constituída pelos itens 2, 4 e 6 e pontua de 3 a 15, sendo que o item 6 está invertido na escala. Quanto maior pontuação maior facilidade de comunicação.

Estudo psicométrico

Do estudo de fiabilidade efetuado, destacam-se os valores das médias próximas do valor central, variando esta de 2,93 no item 4 a 3,66 no item 2 (cf. quadro 11). Os valores de alpha são fracos e variam entre 0,52 no item 2 e 0,69 no item 6, contudo o valor de alpha global aproxima-se do razoável. O item mais problemático é o 6 com uma correlação item total corrigido de 0,43 e um alpha de 0,69 se este item fosse retirado. Pela baixa variabilidade das correlações os itens são bastante homogêneos entre si.

Quadro 11: Consistência interna da Abertura na comunicação

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
2.	Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	3,66	0,99	0,57	0,52
4.	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade	2,93	0,97	0,54	0,56
6.	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	3,43	0,86	0,43	0,69
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,69			

À semelhança das questões quatro e cinco da parte anterior, a questão número dois foi adaptada do questionário “Percepções, experiências e conhecimentos dos enfermeiros relativamente a erros de medicação” (Raimundo & Dias, 2012; Raimundo & Ribeiro, 2012), com a necessária reconfiguração para avaliar a percepção dos enfermeiros sobre a divulgação dos incidentes e eventos adversos. A escala é composta por três itens em formato de pontuação tipo Likert: (5) discordo totalmente; (4) discordo; (3) indeciso; (2) concordo; (1) concordo totalmente. Pontuando de 3 a 15, pretendeu avaliar a percepção da amostra sobre a divulgação dos erros ao doente, à família e sobre a sua publicação, sendo que a menor pontuação corresponde maior concordância.

Estudo psicométrico

O valor de alpha de Cronbach é nesta escala considerado razoável, visto o seu valor ser de 0,72. As médias dos itens aproximam-se bastante do valor central. O item 3 é o mais problemático pois apresenta uma correlação item total corrigido baixa (0,28) e o alpha de Cronbach subiria de 0,72 para 0,91 se o mesmo fosse retirado (cf. quadro 12).

Quadro 12: Consistência interna da escala de divulgação dos erros

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	Os erros, quando ocorrem, devem ser comunicados ao doente	2,64	0,86	0,67	0,42
2.	Os erros devem ser comunicados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu	2,62	0,85	0,66	0,43
3.	Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados	2,86	0,97	0,28	0,91
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,72			

As duas questões seguintes (três e quatro) são variáveis cognitivas e pretendem avaliar a concordância com um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos e o conhecimento dos sujeitos acerca do sistema nacional de notificação existente. São questões dicotômicas em que o sujeito pode responder sim ou não à questão colocada (cf. quadro 13).

Quadro 13: operacionalização das variáveis cognitivas

VARÁVEIS COGNITIVAS	
ATRIBUTOS	CATEGORIAS
3. Concordância com um SNNIEA	Sim / Não
4. Conhece o SNNIEA desenvolvido pela DGS	Sim / Não

Parte IV – Segurança do doente/resposta ao erro

Adaptada do “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (versão portuguesa) a primeira questão pretende avaliar duas dimensões distintas, a perceção geral sobre a segurança do doente e a perceção de punição em relação aos erros comunicados. Seguindo a mesma lógica de construção, existem 5 opções de resposta: (5) concordo totalmente; (4) concordo; (3) não concordo nem discordo; (2) discordo; (1) discordo totalmente. A primeira dimensão tem os itens 1 e 3 invertidos, pontua de 4 a 20, sendo a perceção sobre segurança do doente tanto maior quanto mais perto de 20 for a pontuação obtida.

Estudo psicométrico

Os resultados psicométricos no quadro 14 referentes a esta escala permitiram verificar que os valores médios oscilam entre os 3,48 no item 4 e os 3,80 no item 2. Quanto aos valores do alpha de Cronbach para cada um dos itens da escala, podem classificar-se de fracos e em alguns casos inadmissíveis, oscilando entre os 0,39 no item 3 e os 0,65 no item 2, já o alpha global é de 0,61. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que o item 2 é o mais problemático, com $r=0,23$ e aquele que mais faria subir o valor de alpha se fosse retirado (melhor consistência interna), todavia esta ação não alteraria de forma acentuada o valor total do alpha, passando de 0,61 para 0,65. Por outro lado, o item 3 apresenta o valor máximo de correlação ($r=0,55$).

Quadro 14: Consistência interna da escala de perceções gerais sobre segurança do doente

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
1.	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	3,65	1,11	0,37	0,53
2.	Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho	3,80	1,19	0,23	0,65
3.	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente	3,49	1,50	0,55	0,39
4.	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	3,48	0,89	0,42	0,51
Coeficiente alpha de Cronbach global				0,61	

A escala de resposta ao erro não punitiva avalia a forma como os enfermeiros percebem as consequências do erro e da sua comunicação. Todos os itens da escala estão invertidos sendo o sentimento de punição maior quando a pontuação global se aproxima do valor máximo de 15.

Estudo psicométrico

Determinada a consistência interna dos itens, os valores de alpha de Cronbach para cada item revelaram-se na sua maioria fracos, ao situarem-se entre 0,54 e 0,63, para um alpha global de 0,67 (cf. quadro 15). No que concerne à correlação item/total, os valores obtidos entre 0,44 e 0,51, revelam homogeneidade dos itens. Retirando o item número 7, melhorava a consistência interna. Este facto verifica-se com o aumento do valor de alfa.

Quadro 15: Consistência interna da escala de resposta ao erro não punitiva

Nº Item	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	α sem item
5.	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	2,79	1,00	0,50	0,54
6.	Quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	2,37	0,94	0,51	0,54
7.	Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	2,32	0,96	0,44	0,63
Coeficiente alpha de Cronbach global		0,67			

A questão seguinte permite avaliar a percepção acerca da segurança do doente no serviço/unidade de cada enfermeiro e é operacionalizada conforme o quadro 16.

Quadro 16: Operacionalização da variável percepção acerca da segurança do doente no serviço/hospital

PERCEÇÃO ACERCA DA SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO/HOSPITAL	
ATRIBUTOS	CATEGORIAS
Atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau de segurança do doente	Excelente / Muito bom / Aceitável / Fraco / Muito fraco

2.4. Procedimentos

A descrição dos procedimentos adotados para a realização do estudo pretende dar resposta a duas questões, “o quê” e “como” vão ser recolhidos os dados. Estas são questões fundamentais das quais depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo (Freire & Almeida, 2008).

2.4.1. Procedimentos formais e éticos

A realização de qualquer estudo que envolva seres humanos requer uma preocupação acrescida do ponto de vista ético. Desde logo, o respeito pelos direitos do ser humano. Para

a realização deste estudo foi pedido parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo B) e após resposta positiva, foi enviado ofício ao Conselho de Administração da ULSCB no sentido de obter autorização para a realização do mesmo no HAL (Anexo C). Obtida a referida autorização, iniciamos a aplicação do questionário aos enfermeiros, presumindo que o preenchimento voluntário do mesmo tem implícito a vontade de participação no estudo (Coutinho, 2013).

Os direitos à informação, ao anonimato, à confidencialidade e à liberdade de participação foram desde sempre uma preocupação para nós. Neste sentido, a todos os inquiridos foi garantido o direito de não participação ou abandono a qualquer momento da investigação, e todos os outros referidos, pois a proteção dos direitos dos participantes num estudo é mais importante do que o próprio paradigma da investigação (Streubert & Carpenter, 2002). Para que a participação fosse esclarecida, englobamos na folha de rosto do questionário os aspetos que nos pareceram mais relevantes, desde a apresentação do investigador, a apresentação do estudo, os objetivos e a garantia de anonimato e confidencialidade. Com cada questionário ficou também o nosso contacto para possíveis esclarecimentos, o que se veio a verificar por duas ou três vezes.

2.4.2. Procedimentos na recolha de dados

Como referido anteriormente, a recolha de dados foi efetuada através de um questionário autoadministrado. Nas questões elaboradas tentou-se reduzir, tanto quanto possível a subjetividade das mesmas através do recurso a perguntas fechadas, na sua maioria, com possibilidade de resposta bem definida. Todavia, a subjetividade na interpretação inerente a cada indivíduo, dificilmente será eliminada. Qualquer questionário deverá ser submetido a um pré-teste antes da sua aplicação definitiva (Coutinho, 2013; Lakatos & Marconi, 1996; Quivy & Campenhoudt, 1998). Deste modo, procedemos ao pré-teste do questionário com uma amostra de 10 enfermeiros do HAL. Este teste foi efetuado por entrevista direta, a fim de detetar possíveis falhas existentes e encontrar o tempo médio de preenchimento do questionário. Na sequência constatou-se que algumas questões não estavam formuladas de forma explícita e por esse motivo poderiam suscitar dúvidas no preenchimento. As questões em causa foram assim reformuladas retirando-se por esta via a possibilidade de erro na interpretação.

Uma vez diferido o pedido de autorização para aplicação do questionário contactamos com os enfermeiros chefes e responsáveis de todos os serviços, no sentido de pedir colaboração e controlo na aplicação do mesmo. Neste contacto apresentamos o estudo que pretendíamos efetuar, assim como os seus objetivos e pedimos que essa mensagem fosse

transmitida a todos os enfermeiros. Agendamos ainda a data na qual faríamos uma primeira recolha de questionários e se necessário esclarecimentos sobre o estudo.

Patente na folha de rosto do questionário ficou o nosso compromisso de confidencialidade, quaisquer que fossem os resultados. Juntamente com cada questionário foi entregue um envelope no qual seria fechado o questionário após preenchimento, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações. No referido sobrescrito colocamos a identificação do estudo e dos investigadores para que fosse possível um contacto para esclarecimento de dúvidas. Na terceira passagem pelos serviços, após a entrega, foram recolhidos todos os questionários, preenchidos ou não. Este processo demorou cerca de três semanas.

2.5. Análise estatística de dados

Após a recolha dos dados, os mesmos foram submetidos a análise através do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0, a fim de serem devidamente tratados, já que por si só, não respondem às interrogações da pesquisa (Polit, Hungler, & Beck, 2004).

Ao longo desta investigação empírica recorreu-se à estatística descritiva para organizar, estruturar e resumir os dados, distribuindo os indivíduos pelas diferentes categorias das variáveis consideradas. Esta análise é apresentada em tabelas e quadros de acordo com as questões de investigação e objetivos definidos, facilitando assim a sua compreensão. Tendo em consideração as características das variáveis em estudo, apresentamos as *percentagens* e *frequências absolutas*, as medidas de tendência central, as medidas de variabilidade e dispersão como o *desvio padrão*, *amplitude de variação* e *coeficiente de variação* e as medidas de enviesamento e achatamento, *skewness* e *kurtosis*.

Para determinar a assimetria calculamos o quociente entre o *skewness* e o *erro padrão* (SK/EP). Se este variar entre -2 e +2, estamos perante uma distribuição simétrica, quando inferior a -2 a distribuição é assimétrica com enviesamento à direita e quando superior a +2 é assimétrica com enviesamento à esquerda. Para determinar o achatamento calculamos o quociente entre a *Kurtosis* e o *erro padrão* (K/EP). Da mesma forma que o anterior, este quociente assume valores entre -2 e +2 se a distribuição for mesocúrtica, valores inferiores a -2 para distribuições mais achatadas que o normal ou platicúrticas e valores acima de +2 quando as distribuições são leptocúrticas, ou seja menos achatadas que o normal (Pestana & Gageiro, 2008). Conforme o recomendado, os testes de normalidade de *Kolmogorov-Sminorv*, *Skewness* e *Kurtosis* foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

O *coeficiente de variação* é uma medida de dispersão relativa que permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2008, p. 81) do seguinte modo:

- 0% - 15% = Dispersão fraca
- 16% - 30% = Dispersão média
- 30% = Dispersão elevada

Recorremos à estatística inferencial, utilizando para tal testes paramétricos e não paramétricos. Os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Marôco, 2007), o que, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro (2008) e Pallant (2001) quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, mesmo que a distribuição amostral não apresente características de curvas gaussianas.

A utilização de testes não paramétricos, como alternativa aos testes paramétricos foi considerada quando a homogeneidade de variâncias não se verificou. Ainda assim e sempre que o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi inferior a 1,6 utilizamos testes paramétricos (Pestana & Gageiro, 2008). A preferência por testes paramétricos em detrimento de testes não paramétricos prende-se com o fato dos últimos serem menos potentes, logo a possibilidade de rejeitar a hipótese nula ser muito menor.

A análise de variância a um fator (*ANOVA I*), foi um dos testes utilizado. Este permite testar diferenças entre várias situações, ao contrário dos testes t que só permitiam a comparação de duas situações. Em termos práticos, se o nível de significância do teste for inferior ao nível de significância assumido (0,05 neste estudo) pode-se rejeitar a hipótese nula. O procedimento anterior permite afirmar se as médias dos diversos grupos da população são iguais ou diferentes, no entanto não permite saber quais os grupos que diferem, se todos ou apenas alguns. Pelo exposto torna-se necessário recorrer a procedimentos de comparação múltipla como os testes post-hoc (Pestana & Gageiro, 2008).

Utilizamos ainda o teste de aderência do *Qui-Quadrado* (X^2), trata-se de um teste não paramétrico utilizado para o estudo de relação entre variáveis nominais. “Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 437). A aceitação do teste de *Qui-Quadrado* de Pearson “pressupõe que nenhuma

célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20,0% das células tenham frequência esperada inferior a cinco unidades” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 131). Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96 para $p=0,05$ e são mais potentes que a probabilidade do teste (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste da binomial é um teste não paramétrico que se aplica a uma amostra independente em que a variável qualitativa é dicotómica. Este teste compara as frequências observadas com as que se espera obter numa distribuição binomial. É possível analisar variáveis não dicotómicas estabelecendo um ponto de corte que divide a distribuição em duas (Pestana & Gageiro, 2008). Neste estudo recorreremos a esse teste para analisar a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens das dimensões em estudo, sendo o ponto de corte estabelecido por forma a isolar numa das partes as respostas: a maioria das vezes e sempre; grande obstáculo e obstáculo moderado; elevada e média; frequentemente e sempre; concordo totalmente e concordo.

No decorrer desta investigação e no que diz respeito à análise estatística utilizamos os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ *- diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ **- diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$ n.s. - diferença estatística não significativa

Os resultados são apresentados em tabelas e quadros, onde se expõem os dados mais relevantes. Todos os dados apresentados resultam da aplicação do instrumento de recolha de dados aos enfermeiros do HAL, pelo que se omite das tabelas o local, a data e a fonte. A descrição e análise dos dados seguem a ordem de elaboração do instrumento de recolha de dados.

CAPÍTULO 3. Apresentação dos resultados

Neste capítulo descrevemos e explicamos o fenómeno em estudo, através da descrição, análise e interpretação dos dados obtidos pela aplicação dos questionários. Este processo foi estruturado para dar resposta aos diferentes objetivos e questões de investigação. Organizámos a informação em tabelas e quadros seguindo a ordem das questões de investigação formuladas. Na primeira fase fizemos a análise descritiva dos dados, passando posteriormente à análise inferencial dos mesmos.

3.1. Análise descritiva

3.1.1. Perceção da frequência das causas primárias dos erros

Foi solicitado aos participantes do estudo para classificarem a frequência de ocorrência das 10 causas primárias de erro apresentadas. A resposta a esta questão distribuiu-se por cinco níveis. Às pontuações mais baixas na escala corresponde menor frequência das causas primárias de erros. Das 1813 respostas dadas a esta questão, a maior percentagem localizou-se na categoria 'às vezes' (39,2%) e a menor na categoria 'nunca' (3,8%). A categoria 'frequentemente' (25,6%) obteve pontuação semelhante à 'raramente' (25,9%).

A análise global da dimensão apresentada na tabela 7, permitiu-nos verificar a média dispersão, a simetria das distribuições e a normalidade da distribuição masculina. O coeficiente de curtose revelou-nos distribuições mesocúrticas.

Tabela 7: Dados estatísticos relativos à frequência das causas primárias dos erros

Causa Primária do erro	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	21	45	30,55	5,19	16,99	1,44	0,95	0,200
Feminino	151	17	45	30,13	5,08	16,87	1,17	1,18	0,039
Total	182	17	45	30,20	5,09	19,70	1,61	1,35	0,014

A tipologia dos fatores que podem constituir causa primária de erros é variada (cf. quadro 17). A falta de enfermeiros foi para mais de 45,0% dos participantes, considerada frequente, seguindo-se as interrupções durante um procedimento (43,1%) e a sobrecarga horária (42,9%). Para 56,9% da amostra 'raramente' o erro está relacionado com os conhecimentos

limitados dos enfermeiros sobre a prática clínica e para 41,8% 'raramente' se relaciona com a falta de familiarização dos enfermeiros com o serviço. As médias das respostas dadas pelos participantes revelaram que as causas primárias de erros referidas tendem, na sua maioria, a ocorrer 'às vezes'.

Quadro 17: Frequência das causas primárias dos erros

Variáveis	Nunca (1)		Raramente (2)		Às vezes (3)		Frequentemente (4)		Sempre (5)		M	D.P.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Falta de conhecimentos do enfermeiro/necessidade de formação	8	4,4	64	35,2	76	41,8	31	17,0	3	1,6	2,76	0,84
2. O enfermeiro não está familiarizado com o serviço	12	6,6	76	41,8	72	39,6	20	11,0	2	1,1	2,58	0,82
3. Falta de enfermeiros	3	1,6	11	6,0	62	34,1	82	45,1	24	13,2	3,62	0,85
4. Interrupções durante um procedimento	2	1,1	28	15,5	67	37,0	78	43,1	6	3,3	3,32	0,82
5. Sobrecarga horária	1	0,5	25	13,7	52	28,6	78	42,9	26	14,6	3,57	0,92
6. O enfermeiro tem conhecimentos limitados da prática clínica	9	5,0	103	56,9	47	26,0	22	12,2	-	-	2,45	0,77
7. Desmotivação	7	3,9	29	16,0	82	45,3	54	29,8	9	5,0	3,16	0,89
8. Ambiente de trabalho hostil	6	3,3	46	25,3	97	53,3	24	13,2	9	4,9	2,91	0,84
9. Procedimentos mal definidos e não regulamentados	4	2,2	22	12,2	90	49,7	49	27,1	16	8,8	3,28	0,87
10. Errada concepção do espaço físico	17	9,4	66	36,7	66	36,7	27	15,0	4	2,2	2,64	0,93

3.1.2. Opinião dos enfermeiros sobre a comunicação de incidentes e EA

Divulgação do erro

Questionámos os enfermeiros sobre a sua concordância com a "divulgação do erro", ao doente e à família quando estes não têm capacidade de compreender o que aconteceu e sobre a publicação dos relatórios relativos a incidentes e EA dos hospitais.

Analisando a tendência de resposta para a variável concluímos que 39,3% das 545 respostas se situa no nível de indecisão, 43,6% concorda e 17,1% discorda.

Nesta questão quanto mais baixa a pontuação obtida maior será o nível de concordância com a "divulgação do erro". Avaliando de forma global a variável, concluímos que a

pontuação média é de $8,12 \pm 2,13$, próxima da média da distribuição feminina ($8,28 \pm 2,10$) e masculina ($7,27 \pm 2,13$) (cf. tabela 8).

Aplicando o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade da distribuição concluímos que a distribuição não segue a curva de Gauss, sendo ainda assim simétrica e mesócurtica, tal como a distribuição feminina. A distribuição masculina segue a curva da distribuição normal (cf. tabela 8).

Tabela 8: Dados estatísticos referentes à variável divulgação do erro

Divulgação do erro	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	30	3	11	7,27	2,13	29,34	-0,50	-1,04	0,175
Feminino	151	3	15	8,28	2,10	25,30	1,38	0,62	0,000
Total	181	3	15	8,12	2,13	26,24	0,95	0,46	0,000

De acordo com a tabela 9, 45,6% dos enfermeiros concorda com a comunicação dos erros ao doente e 13,7% não concorda. No grupo dos indecisos inserem-se 40,7% dos enfermeiros, sendo as enfermeiras mais indecisas (43,0%). Os enfermeiros (58,0%) são mais concordantes que as enfermeiras (43,0%), com diferenças significativas no grupo dos que concordam totalmente, como se pode verificar pelos valores dos resíduos ajustados.

Quanto à comunicação dos erros aos familiares verificamos que 41,2% dos profissionais está indeciso, sendo as enfermeiras que se referem mais indecisas (43,7% vs 29,0%). O nível de discordância é de 6,5% nos enfermeiros e de 13,9% nas enfermeiras. Também no nível de concordância os enfermeiros pontuam mais que as enfermeiras, 64,5% e 42,4%, respetivamente e com diferenças significativas justificadas pelos resíduos ajustados, localizadas no grupo dos que concordam totalmente.

Em relação ao último item da variável (Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados), a tendência de resposta mantêm-se, contudo a percentagem dos que discordam sobe para 24,8%, em detrimento dos que concordam (39,3%) e dos indecisos (35,9%). A tendência de resposta por sexo é igual à dos itens anteriores, os enfermeiros têm pontuações mais elevadas nas respostas de concordância e as enfermeiras pontuam mais nos níveis de discordância e de indecisão. O teste do Qui-Quadrado não revela significância estatística ($X^2=3,158$; $p=0,532$).

Tabela 9: Caracterização da variável divulgação do erro, em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Variáveis								
Os erros quando ocorrem, devem ser comunicados ao doente								
Concordo totalmente	5	16,1	8	5,3	13	7,1	2,1	-2,1
Concordo	13	41,9	57	37,7	70	38,5	0,4	-0,4
Indeciso	9	29,0	65	43,0	74	40,7	-1,4	1,4
Discordo	4	12,9	17	11,3	21	11,5	0,3	-0,3
Discordo totalmente	0	0,0	4	2,6	4	2,2	-0,9	0,9
Os erros devem ser comunicados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu								
Concordo totalmente	5	16,1	8	5,3	13	7,1	2,1	-2,1
Concordo	15	48,4	56	37,1	71	39,0	1,2	-1,2
Indeciso	9	29,0	66	43,7	75	41,2	-1,5	1,5
Discordo	2	6,5	17	11,3	19	10,4	-0,8	0,8
Discordo totalmente	0	0,0	4	2,6	4	2,2	-0,9	0,9
Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados								
Concordo totalmente	2	6,7	7	4,6	9	5,0	0,5	-0,5
Concordo	14	46,7	48	31,8	62	34,3	1,6	-1,6
Indeciso	9	30,0	56	37,1	65	35,9	-0,7	0,7
Discordo	4	13,3	31	20,5	35	19,3	-0,9	0,9
Discordo totalmente	1	3,3	9	6,0	10	5,5	-0,6	0,6

Pela análise dos resultados do teste binomial, observa-se que 46% dos enfermeiros concordam com a “divulgação do erro” (≤ 2) ao doente e à família quando este não tem capacidade para compreender. Quanto à publicação dos relatórios relativos a incidentes e EA nos hospitais, 39% dos enfermeiros mostra-se favorável. O grupo de enfermeiros que não concorda ou está indeciso (> 2) obtém percentagens superiores embora as diferenças com significado estatístico se revelem apenas no último item (cf. quadro 18).

Quadro 18: Concordância com a divulgação do erro

Grau de concordância com as afirmações	Total	≤ 2		> 2		B (p)
		N	%	N	%	
1. Os erros quando ocorrem, devem ser comunicados ao doente	182	83	46	99	54	0,266
2. Os erros devem ser comunicados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu	182	84	46	98	54	0,335
3. Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados	181	71	39	110	61	0,005

Comunicação acerca do erro

Embora integrando uma única questão no questionário aplicado, o “feedback e comunicação acerca do erro” e a “abertura na comunicação” representam duas dimensões isoladas. Por esse motivo passamos a apresentar de forma isolada os resultados para cada dimensão.

Avaliando o “feedback e comunicação acerca do erro” para ambos os sexos, verificamos que o sexo masculino apresenta uma classificação média na dimensão ligeiramente superior ($9,29 \pm 2,25$) à do sexo feminino ($8,91 \pm 2,77$). A distribuição feminina apresenta os máximos e mínimos nos valores extremos da escala (cf. tabela 10).

A distribuição não segue a curva da normal ($K/S=0,001$) com $p<0,05$, contrariando o que acontece quando analisamos a do sexo masculino de forma isolada (K/S). Apesar da ausência de normalidade na distribuição global e na do sexo feminino, todas elas são simétricas e mesocúrticas. O coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada no sexo feminino, média no sexo masculino e fraca na globalidade da amostra (cf. tabela 10).

Tabela 10: Dados estatísticos referentes à variável comunicação e feedback acerca do erro

Comunicação e feedback acerca do erro	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	5	14	9,29	2,25	24,26	0,32	-0,68	0,155
Feminino	151	3	15	8,91	2,77	31,11	0,65	-1,71	0,000
Total	182	3	15	8,98	2,69	2,96	0,59	-1,75	0,001

A tabela 11 reflete a frequência de “feedback e comunicação acerca do erro”. Como se pode verificar, raramente ou nunca é fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências, totalizando estas duas opções 51,6%. Esta tendência foi acompanhada pelo sexo masculino e feminino, não diferindo estes resultados da globalidade. No extremo oposto situaram-se 17,6% dos enfermeiros a afirmar que a maioria das vezes existe feedback e 7,1% a afirmar que é sempre fornecido.

Relativamente à informação dos erros ocorridos no serviço, os resultados revelaram que os enfermeiros por vezes (37,4%) e na maioria das vezes (27,5%) são informados. Pudemos ainda observar que o número de enfermeiros que se distribui pelas categorias relativas à rara e nenhuma informação (18,7% e 4,9% respetivamente) é muito inferior aos que consideram ter informação adequada, realidade que se verifica nos dois sexos. Não existem diferenças estatísticas entre os sexos em relação à informação disponibilizada acerca dos erros que acontecem no serviço ($X^2=3,346$; $p=0,502$)

Procedemos ainda à determinação da existência de comunicação no sentido da prevenção da repetição dos erros. Dos resultados expressos na tabela 11, infere-se que a maioria das vezes (24,2%) e sempre (13,7%) existe discussão sobre a forma de evitar a repetição dos erros. Dos que referiram raramente existir discussão, a maior percentagem (19,4%) é do sexo masculino. Entre os que referiram nunca haver discussão sobre os modos de prevenção a maior percentagem é do sexo feminino (11,3%).

As diferenças encontradas entre sexos não são estatisticamente significativas para a “comunicação e feedback acerca do erro”.

Tabela 11: Caracterização da variável feedback e comunicação acerca do erro por sexo

Itens	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências										
Nunca	5	16,1	28	18,5	33	18,1	-0,3	0,3		
Raramente	11	35,5	50	33,1	61	33,5	0,3	-0,3		
Por vezes	7	22,6	36	23,8	43	23,6	-0,2	0,2		
A maioria das vezes	6	19,4	26	17,2	32	17,6	0,3	-0,3		
Sempre	2	6,5	11	7,3	13	7,1	-0,2	0,2		
Somos informados acerca de erros que acontecem neste serviço/unidade										
Nunca	1	3,2	8	5,3	9	4,9	-0,5	0,5		
Raramente	6	19,4	28	18,5	34	18,7	0,1	-0,1		
Por vezes	8	25,8	60	39,7	68	37,4	-1,5	1,5		
A maioria das vezes	12	38,7	38	25,2	50	27,5	1,5	-1,5		
Sempre	4	12,9	17	11,3	21	11,5	0,3	-0,3		
Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros										
Nunca	1	3,2	17	11,3	18	9,9	-1,4	1,4		
Raramente	6	19,4	27	17,9	33	18,1	0,2	-0,2		
Por vezes	11	35,5	51	33,8	62	34,1	0,2	-0,2		
A maioria das vezes	10	32,3	34	22,5	44	24,2	1,2	-1,2		
Sempre	3	9,7	22	14,6	25	13,7	-0,7	0,7		

Para perceber a proporção das opiniões dos enfermeiros nas categorias de respostas, aplicámos o teste da binomial, usando o *cut point* = 3, o que significa que vamos comparar as respostas, nunca, raramente e por vezes com as respostas a maioria das vezes e sempre. Os resultados do quadro 19 revelaram que poucas vezes se obtêm benefícios relativos à prevenção da repetição dos erros. As diferenças encontradas têm significância estatística para $p < 0,05$.

Quadro 19: Frequência do feedback e comunicação acerca do erro

Comunicação e feedback acerca do erro	Total	≤3		>3		B (p)
		N	%	N	%	
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências	182	137	75	45	25	0,000
2. Somos informados acerca de erros que acontecem neste serviço/unidade	182	111	61	71	39	0,004
3. Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros	182	113	62	69	38	0,001

Na análise global da dimensão “abertura na comunicação” que apresentamos na tabela 12, observamos uma classificação média de $10,03 \pm 2,23$, refletindo a proximidade das médias dos dois sexos ($10,22 \pm 2,04$ e $9,99 \pm 2,27$, respetivamente para o sexo masculino e feminino). O coeficiente de variação revelou uma dispersão média nas três distribuições. O teste de Kolmogorov-Smirnov demonstrou que nenhuma das distribuições segue a curva de Gauss e os coeficientes de simetria e curtose indicam distribuições simétricas e mesocúrticas.

Tabela 12: Dados estatísticos referentes à variável abertura na comunicação

Abertura na comunicação	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	7	13	10,22	2,04	20,00	-0,48	-1,53	0,034
Feminino	151	4	15	9,99	2,27	22,69	-1,22	-0,82	0,000
Total	182	4	15	10,03	2,23	22,20	-1,36	-1,15	0,000

A tabela 13 reflete a caracterização da “abertura na comunicação” relativa ao erro. Pretendíamos conhecer a assertividade na comunicação acerca do erro. Quanto à disponibilidade dos enfermeiros para falar quando algo afeta negativamente o doente, verificámos que existe uma pequena percentagem que ‘raramente’ fala de forma livre (13,2%), valores superiores no sexo masculino (16,1% vs 12,6%). Salientamos o facto de não haver nenhum enfermeiro a considerar que ‘nunca’ pode falar livremente e haver uma percentagem significativa de enfermeiros a considerar que pode ‘sempre’ falar de forma livre (24,7%), tendência refletida em ambos os sexos (22,6% e 25,2% respetivamente para o sexo masculino e feminino). Embora o teste do Qui-Quadrado não revele diferenças ($X^2=5,979$; $p=0,113$), os resíduos ajustados identificam diferenças que se localizam nos que responderam ‘por vezes’ e no sexo feminino e entre os que responderam ‘a maioria das vezes’ e o sexo masculino.

Na avaliação do segundo item, observamos que a maior parte das respostas se situa nas três categorias centrais, 45,1% ‘por vezes’, 23,1% ‘raramente’ e 18,7% ‘a maioria das vezes’, tendência que é acompanhada por ambos os sexos, no entanto no sexo masculino os enfermeiros que ‘raramente’ se sentem à vontade para questionar os que têm maior autoridade (16,1%) são menos que os que se sentem na ‘maioria das vezes’ à vontade (22,6%). Observa-se neste item um menor à vontade para questionar os superiores.

Os resultados obtidos no terceiro item refletem que a maioria dos enfermeiros (54,9%) e das enfermeiras (50,3%) ‘raramente’ ou ‘nunca’ têm medo de colocar questões quando percebem que algo não está bem, não existindo diferenças significativas entre sexos.

Tabela 13: Caracterização da variável abertura na comunicação por sexo

Itens	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente										
Nunca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Raramente	5	16,1	19	12,6	24	13,2	0,5	-0,5		
Por vezes	5	16,1	53	35,1	58	31,9	-2,1	2,1		
A maioria das vezes	14	45,2	41	27,2	55	30,2	2,0	-2,0		
Sempre	7	22,6	38	25,2	45	24,7	-0,3	0,3		
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade										
Nunca	2	6,5	11	7,3	13	7,1	-0,2	0,2		
Raramente	5	16,1	37	24,5	42	23,1	-1,0	1,0		
Por vezes	16	51,6	66	43,7	82	45,1	0,8	-0,8		
A maioria das vezes	7	22,6	27	17,9	34	18,7	0,6	-0,6		
Sempre	1	3,2	10	6,6	11	6,0	-0,7	0,7		
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo										
Nunca	2	6,5	11	7,3	13	7,1	-0,2	0,2		
Raramente	15	48,4	65	43,0	80	44,0	0,5	-0,5		
Por vezes	10	32,3	54	35,8	64	35,2	-0,4	0,4		
A maioria das vezes	4	12,9	18	11,9	22	12,1	0,2	-0,2		
Sempre	-	-	3	2,0	3	1,6	-0,8	0,8		

Os resultados do teste da binomial vêm confirmar as conclusões que descrevemos anteriormente. No quadro 20 percebe-se que a maioria dos enfermeiros não tem medo de falar se algo afeta negativamente os cuidados ao doente (55,0%), não acontecendo o mesmo quando se trata de questionar os que têm maior autoridade, apenas 25,0% se sente à vontade, com diferenças significativas do ponto de vista estatístico. Para o último item, no grupo >3 estão as categorias nunca e raramente, o que revela que 51,0% dos enfermeiros não tem medo de colocar questões. Salientamos que a categoria por vezes é a mais pontuada no primeiro e segundo item e a segunda no terceiro, podendo enviesar os resultados.

Quadro 20: Caracterização da abertura na comunicação

Abertura na comunicação	Total	≤3		>3		B (p)
		N	%	N	%	
1. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	182	82	45	100	55	0,208
2. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade	182	137	75	45	25	0,000
3. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	182	89	49	93	51	0,824

Perceção sobre o SNNIEA

Porque a notificação é importante, quisemos saber se os enfermeiros concordam com a existência de um SNNIEA e também se conhecem o SNNIEA da DGS. Os resultados da tabela 14 revelam que cerca de 90,0% dos enfermeiros concorda com a existência de um

SNNIEA e que 82,3% não conhece o sistema de notificação da DGS, sendo este desconhecimento maior no sexo feminino (84,0%).

Tabela 14: Caracterização da percepção sobre o SNNIEA em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Variáveis								
Concordância com o SNNIEA								
Sim	28	90,3	133	89,9	161	89,9	0,1	-0,1
Não	3	9,7	15	10,1	18	10,1	-0,1	0,1
Conhecimento do SNNIEA								
Sim	8	25,8	24	16,0	32	17,7	1,3	-1,3
Não	23	74,2	126	84,0	149	82,3	-1,3	1,3

Síntese

- Verificamos que 45,6% dos enfermeiros concorda com a comunicação de erros ao doente, 46,1% à família e 39,3% com a publicação dos relatórios de incidentes e EA, realidade com diferenças significativas apenas no último caso. O sexo masculino revela-se como o mais concordante e com diferenças significativas para a comunicação do erro ao doente e família.
- Raramente ou nunca é fornecido feedback relativamente às mudanças a realizar, atendendo aos relatórios de ocorrências (75,0%); 39,0% dos enfermeiros são informados dos erros ocorridos no serviço e 38,0% assume discutir modos de prevenção dos erros, realidades com diferenças significativas entre grupos.
- A maioria dos enfermeiros (55,0%) sente-se à vontade para falar livremente se algo afeta negativamente os cuidados ao doente, as decisões e ações dos enfermeiros com mais autoridade interferem na comunicação, onde a maioria (75,0%) tem receio de questionar as suas atitudes e 51,0% não tem medo de questionar quando algo parece não estar certo.
- Apesar da maioria dos enfermeiros concordar com a existência de um SNNIEA (90,0%), existe um grande desconhecimento relativamente ao SNNIEA da DGS, sendo este desconhecido por 83,0% da amostra.

3.1.3. Frequência de notificação de incidentes e EA

A avaliação da frequência de notificação resulta da aplicação de três questões, a primeira questiona a frequência de notificação de incidentes e EA em função da sua ocorrência, a segunda a frequência de notificação em função das consequências para o doente e a terceira questiona o número de notificações nos últimos 12 meses.

Notificação de incidentes e EA em função da sua ocorrência

Da lista de 25 incidentes e EA foi pedido aos enfermeiros para selecionarem aqueles que aconteceram no seu local de trabalho e questionado se os registaram por escrito.

Analisando a resposta global (cf. tabela 15), verificamos que a maioria das respostas (58,1%) se situou na categoria dos incidentes/EA não ocorridos, 26,1% na categoria aconteceu e não registou e 15,8% na categoria aconteceu e registou.

Todos os incidentes/EA ocorrem na instituição em estudo, mas grande parte deles não são registados (62,0%). Exceção para as **quedas dos doentes** (64,8%), para os **conflitos com o doente** (33,0%), e a **morte inesperada** (24,7%). Ainda assim, a percentagem de não registo nesses casos particulares é elevada, sendo nos dois últimos muito próxima da percentagem de registo.

Constatamos ainda que os incidentes (falhas latentes do sistema) ocorrem em maior número, nomeadamente **avaria ou defeito de material/dispositivos médicos, disfunções do sistema informático, falta de material/roupa/alimentos, falta de material clínico e medicamentos** e são os mais registados.

Os eventos adversos graves (falhas ativas), como o **erro do local a operar, erro de administração de sangue, erro relacionado com a anestesia, corpo estranho retido após cirurgia e lesão de outros órgãos numa cirurgia** ocorrem em menor número, contudo a maior parte das vezes não são registadas.

Tabela 15: Registo de incidentes e EA em função da sua ocorrência

	não aconteceu		aconteceu e registou		aconteceu e não registou	
	N	%	N	%	N	%
1. Disfunções do sistema informático.	13	7,1	68	37,4	101	55,5
2. Falta de material/roupa/alimentos.	17	9,3	72	39,6	93	51,1
3. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos.	11	6,0	83	45,6	88	48,4
4. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível.	84	46,2	11	6,0	87	47,8
5. Falta de material clínico e medicamentos.	30	16,5	65	35,7	87	47,8
6. Erro da identificação do doente.	98	53,8	13	7,1	71	39,0
7. Erro de prescrição de produto ou fármaco.	90	49,5	24	13,2	68	37,4
8. Infeções associadas aos cuidados de saúde.	103	56,6	16	8,8	63	34,6
9. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente.	88	48,4	31	17,0	63	34,6
10. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência).	101	55,5	28	15,4	53	29,1
11. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente.	81	44,5	49	26,9	52	28,6
12. Conflitos com o doente.	71	39,0	60	33,0	51	28,0
13. Erro na avaliação do estado de saúde do doente.	124	68,1	9	4,9	49	26,9
14. Transmissão da informação médica errada.	125	68,7	9	4,9	48	26,4
15. Falta do processo do doente nas consultas.	130	71,4	5	2,7	47	25,8
16. Morte inesperada.	100	54,9	45	24,7	37	20,3
17. Troca de relatório do exame.	148	81,3	3	1,6	31	17,0
18. Quedas dos doentes.	37	20,3	118	64,8	27	14,8
19. Erro na interpretação de um exame.	159	87,4	2	1,1	21	11,5
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia.	161	88,5	2	1,1	19	10,4
21. Erro relacionado com a anestesia.	174	95,6	1	0,5	7	3,8
22. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)	172	94,5	4	2,2	6	3,3
23. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia.	171	94,0	5	2,7	6	3,3
24. Erro de administração de sangue.	176	96,7	1	0,5	5	2,7
25. Erro do local a operar.	178	97,8	-	-	4	2,2
PARCIAL INCIDENTES E EA OCORRIDOS	-	-	724	38,0	1184	62,0
TOTAL	2642	58,1	724	15,9	1184	26,0

Na tabela 16 apresentamos outra análise da questão anterior. Desta vez pretendemos analisar em função de 9 variáveis independentes a frequência de registo e de ausência de registo (categorizada em quatro grupos). Estes grupos foram definidos em função do número de vezes que um incidente/EA não foi registado.

Os resultados demonstram que a maioria dos sujeitos (76,4%) não registou quatro ou mais vezes os incidentes/EA ocorridos, sendo a maior percentagem pertencente ao grupo dos que consideram o nível de segurança do doente 'fraco' ou 'muito fraco' (100%). Relativamente ao sexo, 77,4% do sexo masculino e 76,2% do sexo feminino não registaram quatro ou mais vezes. Observa-se uma percentagem de registo maior no sexo masculino (6,5%) do que no sexo feminino (4,0%). Na ausência de registo, os dois sexos alternam de posição consoante o número de vezes que os incidentes/EA não foram registados, sem contudo existir diferença significativa, de acordo com a leitura dos resíduos ajustados.

A mesma análise foi efetuada em função da idade. Utilizaram-se os quatro grupos etários definidos para analisar se existe diferença no que diz respeito ao não registo dos incidentes e EA. Os resultados apontam para uma concentração na categoria **não foi registado quatro ou mais vezes**. Entre os vários grupos etários apuraram-se, pelos resíduos ajustados, diferenças significativas, situando-se as mesmas no grupo etário com 47 ou mais anos e que não registaram uma vez e no grupo etário 33 - 38 anos que não registaram quatro ou mais vezes.

Para a variável formação académica, os resultados demonstram que não existem diferenças significativas em relação ao número de não registo de incidentes e EA entre os detentores de Bacharelato ou Licenciatura e os detentores de Mestrado. Os resíduos ajustados dão-nos informação de que os detentores de mestrado registam mais que os licenciados/bacharéis existindo diferenças significativas entre os dois grupos na categoria **foi registado**.

No que se refere à experiência profissional, denota-se que a maioria dos enfermeiros que não registou quatro ou mais vezes se encontra nos 13 a 20 anos de experiência profissional e que a maioria dos que não registaram uma vez têm 21 ou mais anos. Os resultados apresentados revelam diferenças significativas, situando-se estas no grupo com 21 ou mais anos de exercício profissional na categoria **não foi registado uma vez** e no grupo dos 13 a 20 anos de experiência profissional na categoria **não foi registado 4 ou mais vezes**.

Procuramos ainda saber a variação de registo ou não registo em função da experiência no hospital e no serviço. Os resultados expressos na tabela 16 indicam que os enfermeiros com 18 ou mais anos de serviço no hospital, com 15,0%, são os que mais vezes deixaram por registar incidentes e EA na categoria **não foi registado três vezes**. Com 88,9% os enfermeiros com 10 a 17 anos de experiência no hospital não registaram incidentes ou eventos adversos quatro ou mais vezes. A leitura dos resíduos ajustados identifica diferenças significativas nesses dois grupos. Quanto à experiência no serviço, não foram encontradas diferenças significativas.

Analisando os resultados em função da concordância com o SNNIEA, constatamos que os enfermeiros que concordam, apresentam percentagens de não registo maiores em todas as categorias, com exceção da categoria **não foi registado uma vez**. É também nessa categoria e no grupo dos que não concorda com o SNNIEA que se encontram as diferenças significativas.

Ainda em relação ao SNNIEA, questionamos os enfermeiros se era do seu conhecimento a existência deste sistema e face à resposta obtida, analisamos o seu comportamento em relação ao número de vezes que os incidentes ou EA ocorridos não foram registados. Nesta

questão e atendendo aos valores dos resíduos ajustados, não foram encontradas diferenças significativas.

Por fim analisamos a mesma atitude (registo/não registo) em função da percepção dos enfermeiros em relação à segurança do doente. Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros que menos contribuem para a percentagem de não registo por quatro ou mais vezes, são os que classificam a segurança do doente como muito boa (63,4%). Os resíduos ajustados identificam diferenças significativas no grupo dos que classificam a segurança do doente como aceitável na categoria **não foi registado quatro ou mais vezes**.

Tabela 16: Registo de incidentes e EA ocorridos em função do sexo, idade, formação e experiência profissional, percepção acerca do SNNIEA e do nível de segurança do doente

Registo	Foi registado (1)		Não foi registado 1 vez (2)		Não foi registado 2 vezes (3)		Não foi registado 3 vezes (4)		Não foi registado 4 ou + vezes (5)		Total		Residuais					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	1	2	3	4	5	
Variáveis	8	4,4	11	6,0	9	4,9	15	8,2	139	76,4	182	100,0						
Sexo																		
Masc.	2	6,5	1	3,2	3	9,7	1	3,2	24	77,4	31	100,0	0,6	-0,7	1,3	-1,1	0,2	
Fem.	6	4,0	10	6,6	6	4,0	14	9,3	115	76,2	151	100,0	-0,6	0,7	-1,3	1,1	-0,2	
Idade (anos)																		
≤ 32	2	4,4	1	2,2	3	6,7	3	6,7	36	80,0	45	100,0	-	-1,2	0,6	-0,5	0,7	
33 – 38	2	4,7	1	2,3	-	-	2	4,7	38	88,4	43	100,0	0,1	-1,2	-1,7	-1,0	2,1	
39 – 46	1	2,1	3	6,4	4	8,5	6	12,8	33	70,2	47	100,0	-0,9	0,1	1,3	1,3	-1,1	
≥ 47	3	6,5	6	13,0	2	4,3	4	8,7	31	67,4	46	100,0	0,8	2,3	-0,2	0,1	-1,6	
F. Acad.																		
Bach./Lic.	5	3,2	9	5,2	7	4,5	14	8,9	122	77,7	157	100,0	-2,1	-0,5	-0,8	0,8	1,2	
Mestrado	3	12,5	2	8,3	2	8,3	1	4,2	16	66,7	24	100,0	2,1	0,5	0,8	-0,8	-1,2	
Exp. Prof. (anos)																		
≤ 12	2	3,3	2	3,3	3	5,0	4	6,7	49	81,7	60	100,0	-0,5	-1,1	-	-0,5	1,2	
13 – 20	2	3,1	1	1,6	2	3,1	4	6,3	55	85,9	64	100,0	-0,6	-1,9	-0,8	-0,7	2,2	
≥ 21	4	6,9	8	13,8	4	6,9	7	1,3	35	60,3	58	100,0	1,1	3,0	0,8	1,3	-3,5	
Exp. Hosp. (anos)																		
≤ 9	2	3,4	3	5,1	4	6,8	4	6,8	46	78,0	59	100,0	-0,5	-0,4	0,8	-0,5	0,4	
10 – 17	2	3,2	3	4,8	-	-	2	3,2	56	88,9	63	100,0	-0,6	-0,5	-2,2	-1,8	2,9	
≥ 18	4	6,7	5	8,3	5	8,3	9	15,0	37	61,7	60	100,0	1,0	0,9	1,5	2,3	-3,3	
Exp. Serv. (anos)																		
≤ 5	2	3,8	3	5,7	2	3,8	3	5,7	43	81,1	53	100,0	-0,3	-0,1	-0,5	-0,8	1,0	
6 – 11	2	2,9	3	4,3	2	2,9	5	7,1	58	82,9	70	100,0	-0,8	-0,8	-1,0	-0,4	1,6	
≥ 12	4	6,8	5	8,5	5	8,5	7	11,9	38	64,4	59	100,0	1,1	1,0	1,5	1,2	-2,6	
Concorda SNNIEA																		
Sim	6	3,7	7	4,3	9	5,6	14	8,7	125	77,6	161	100,0	-0,4	-3,0	1,0	0,5	1,0	
Não	1	5,6	4	22,2	-	-	1	5,6	12	66,7	18	100,0	0,4	3,0	-1,0	-0,5	-1,0	
Conhece SNNIEA																		
Sim	2	6,3	1	3,1	3	9,4	3	9,4	23	71,9	32	100,0	0,6	-0,8	1,3	0,2	-0,6	
Não	6	4,0	10	6,7	6	4,0	12	8,1	115	77,2	149	100,0	-0,6	0,8	-1,3	-0,2	0,6	
NSD																		
Excelente	-	-	-	-	1	16,7	-	-	5	83,3	6	100,0	-0,5	-0,6	1,3	-0,8	0,4	
M. Bom	4	5,6	7	9,9	6	8,5	9	12,7	45	63,4	71	100,0	0,6	1,7	1,7	1,7	-3,2	
Aceitável	4	4,2	4	4,2	2	2,1	6	6,3	80	83,3	96	100,0	-0,2	-1,2	-1,9	-1,1	2,4	
Fraco	-	-	-	-	-	-	-	-	6	100	6	100,0	-0,5	-0,6	-0,6	-0,8	1,4	
M. Fraco	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100,0	-0,2	-0,3	-0,2	-0,3	0,6	

Frequência de notificação de uma ocorrência em função das consequências para o doente

Analisando as respostas sobre a frequência de notificação (cf. tabela 17), verificamos valores mínimos de 5 e máximos de 25, com a média a situar-se nos $14,69 \pm 3,19$ notificações. O coeficiente de variação de 21,74 revela uma dispersão média, numa distribuição que é simétrica e leptocurtica. Em relação ao sexo, observamos que a frequência de notificação das enfermeiras ($14,72 \pm 3,16$) é ligeiramente superior à dos enfermeiros ($14,51 \pm 3,39$), variando entre 5 e 25 no sexo feminino e 5 e 22 no masculino. O coeficiente de variação revela uma dispersão média. Os valores de assimetria revelam curvas simétricas, quanto à curtose temos dois tipos de curva, mesocurtica para o sexo masculino e leptocurtica para o feminino. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* revela-nos uma distribuição normal apenas no sexo masculino.

Tabela 17: Estatísticas relativas à frequência de notificação em função das consequências

Frequência de notificação	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	5	22	14,51	3,39	23,39	-1,24	1,69	0,166
Feminino	151	5	25	14,72	3,16	21,47	-0,68	4,28	0,000
Total	182	5	25	14,69	3,19	21,74	-1,16	4,36	0,000

Na tabela 18 estão inscritas as frequências de registo de uma ocorrência em função dos cinco níveis de consequências para o doente.

Quando a ocorrência é **detetada e corrigida antes de afetar o doente**, o registo é efetuado 'a maioria das vezes' e 'sempre' (66,5%), não existindo diferenças entre os sexos (64,5% - masculino e 66,9% - feminino). A baixa percentagem de enfermeiros que 'nunca' regista (7,1%) e regista 'raramente' (7,1%), tem o mesmo reflexo nos dois sexos, masculino (3,2% e 9,7%) e feminino (7,9% e 6,6%). Os restantes elementos indicaram que por vezes registam estas situações (19,2%), sendo 22,6% do sexo masculino e 18,5% do sexo feminino. Não existem diferenças significativas entre os grupos estudados ($X^2=2,46$; $p=0,650$), o que se confirma na leitura dos respetivos resíduos ajustados.

Analisando a frequência de registo quando uma ocorrência **não tem perigo potencial para o doente**, verificamos que maioritariamente o registo é efetuado 'por vezes' e 'a maioria das vezes' (31,9% e 36,8%, respetivamente). Neste caso não existem diferenças significativas entre os sexos, contudo o sexo feminino regista uma ligeira vantagem se associarmos as duas classificações (69,6%) face aos 64,5% registados para o sexo masculino. Existe uma

considerável percentagem que 'raramente' registam estas ocorrências (17,0%), verificando-se nos extremos a menor percentagem (nunca=4,4%; sempre=9,9%).

Na continuação da análise, verificamos que sempre que uma ocorrência **poderia causar dano para o doente mas isso não acontece**, a tendência de registo situa-se essencialmente no registo 'por vezes' (34,6%) e 'na maioria das vezes' (28,6%), 19,2% raramente regista e os extremos são os menos pontuados, com 9,9% dos enfermeiros que 'nunca' regista e 7,7% que regista 'sempre', diferenças percentuais não significativas.

Se uma ocorrência **provoca danos moderados** no doente, 38,7% e 35,1% dos elementos do sexo masculino e feminino, respetivamente, 'raramente' registam essa ocorrência (35,7% do total). No sexo masculino, 25,8% 'nunca' regista e 8% regista 'sempre'. No sexo feminino, 28,5% regista 'por vezes', 16,6% 'nunca' regista, sendo que apenas 5,3% das enfermeiras regista 'sempre'.

Quando **o dano é trágico** apenas 11,0% regista 'sempre'. Dos enfermeiros participantes, 45,1% assumem que 'nunca' registam e 20,9% 'raramente' registam. Não existem diferenças significativas entre os dois sexos.

Tabela 18: Frequência de notificação de uma ocorrência em função das consequências para o doente por sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.
É detetada e corrigida antes de afetar o doente								
Nunca	1	3,2	12	7,9	13	7,1	-0,9	0,9
Raramente	3	9,7	10	6,6	13	7,1	0,6	-0,6
Por vezes	7	22,6	28	18,5	35	19,2	0,5	-0,5
A maioria das vezes	13	41,9	77	51,0	90	49,5	-0,9	0,9
Sempre	7	22,6	24	15,9	31	17,0	0,9	-0,9
Não têm perigo potencial para o doente								
Nunca	1	3,2	7	4,6	8	4,4	-0,3	0,3
Raramente	6	19,4	25	16,6	31	17,0	0,4	-0,4
Por vezes	12	38,7	46	30,5	58	31,9	0,9	-0,9
A maioria das vezes	8	25,8	59	39,1	67	36,8	-1,4	1,4
Sempre	4	12,9	14	9,3	18	9,9	0,6	-0,6
Poderia causar dano para o doente mas isso não acontece								
Nunca	5	16,1	13	8,6	18	9,9	1,3	-1,3
Raramente	4	12,9	31	20,5	35	19,2	-1,0	1,0
Por vezes	10	32,3	53	35,1	63	34,6	-0,3	0,3
A maioria das vezes	8	25,8	44	29,1	52	28,6	-0,4	0,4
Sempre	4	12,9	10	6,6	14	7,7	1,2	-1,2
Provoca danos moderados								
Nunca	8	25,8	25	16,6	33	18,1	1,2	-1,2
Raramente	12	38,7	53	35,1	65	35,7	0,4	-0,4
Por vezes	6	19,4	43	28,5	49	26,9	-1,0	1,0
A maioria das vezes	4	12,9	22	14,6	26	14,3	-0,2	0,2
Sempre	1	3,2	8	5,3	9	4,9	-0,5	0,5
O dano é trágico (morte, incapacidade)								
Nunca	15	48,4	67	44,4	82	45,1	0,4	-0,4
Raramente	6	19,4	32	21,2	38	20,9	-0,2	0,2
Por vezes	3	9,7	25	16,6	28	15,4	-1,0	1,0
A maioria das vezes	3	9,7	11	7,3	14	7,7	0,5	-0,5
Sempre	4	12,9	16	10,6	20	11,0	0,4	-0,4

Para perceber as diferenças na proporção de inquiridos em cada item da dimensão em análise aplicamos o teste da Binomial. Para tal consideramos dois grupos, o primeiro onde se enquadram as respostas nunca, raramente e por vezes notificam (respostas ≤ 3) e o segundo engloba profissionais que responderam que a 'maioria das vezes' e 'sempre' notificam as ocorrências relacionadas com incidentes e EA (respostas > 3).

No quadro 21 observamos que a frequência de notificação diminui com a gravidade das consequências para o doente, com diferenças estatísticas entre os dois grupos, à exceção do segundo item, para o qual não se regista diferença estatística.

Quadro 21: Interferência das consequências para o doente na notificação

Frequência de notificação de uma ocorrência se:	Total	≤ 3		> 3		B (p)
		N	%	N	%	
1. É detetada e corrigida antes de afetar o doente	182	61	34	121	66	0,000
2. Não tem perigo potencial para o doente	182	97	53	85	47	0,415
3. Poderia causar dano para o doente mas isso não acontece	182	116	64	66	36	0,000
4. Provoca danos moderados	182	147	81	35	19	0,000
5. O dano é trágico (morte, incapacidade)	182	148	81	34	19	0,000

Frequência de notificação nos últimos 12 meses

Analisadas as frequências de notificação em função da ocorrência e das consequências para o doente, passamos agora à análise da frequência de notificação nos últimos 12 meses. Na tabela 19, tendo em conta que o valor mínimo de notificações é zero e o máximo 20, verifica-se uma média global de notificação muito baixa ($1,90 \pm 3,98$), sendo de $1,61 \pm 3,60$ no sexo masculino e de $1,96 \pm 4,06$ no sexo feminino. O coeficiente de variação nas três distribuições revela uma dispersão média, o coeficiente de simetria mostra-nos distribuições assimétricas positivas com enviesamento à esquerda e quanto à curtose estamos na presença de distribuições leptocúrticas. Quanto à normalidade as distribuições não seguem a curva da normal.

Tabela 19: Dados estatísticos referentes à frequência de notificação nos últimos 12 meses

Frequência de not. 12 meses	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	0	15	1,61	3,60	223,36	6,36	8,38	0,000
Feminino	138	0	20	1,96	4,06	206,95	14,15	21,69	0,000
Total	169	0	20	1,90	3,98	209,31	15,43	23,22	0,000

Síntese

- Todos os incidentes e EA enumerados ocorrem na instituição.
- A maior parte dos incidentes e EA ocorridos estão relacionados com falhas latentes do sistema e são pouco registadas, 62,0% do total de incidentes e EA ocorridos não são registados.
- A maioria dos enfermeiros não registou quatro ou mais vezes os incidentes e EA (76,4%).
- No grupo etário dos 33-38 anos para o não registo de quatro ou mais vezes e no grupo etário dos 47 ou mais anos para o não registo de uma vez verificaram-se relações entre as variáveis grupo etário e não registo.
- A variável formação académica influencia o registo de incidentes e EA, os detentores de mestrado registam mais.
- Quanto à experiência profissional, registam-se diferenças nos que trabalham há 13-20 anos para o não registo de quatro ou mais vezes e nos que trabalham há 21 ou mais anos para o não registo de uma vez.

- Para a experiência no hospital existe associação entre as variáveis no grupo dos que trabalham há 10-17 anos para o não registo de quatro ou mais vezes e no grupo dos que trabalham há 18 ou mais anos para o não registo por três vezes.
- Para a concordância com um SNNIEA existem diferenças no grupo dos que não concordam para o não registo por uma vez.
- No nível de segurança do doente verifica-se associação das variáveis no grupo dos que consideram a segurança aceitável para o não registo de quatro ou mais vezes.
- A percentagem de registo de ambos os sexos diminui com a gravidade das consequências para o doente, sem diferenças significativas entre sexos.
- Existem diferenças significativas (excetuando a ocorrência que não tem perigo potencial para o doente) entre o grupo dos que nunca, raramente e por vezes notificam e o grupo dos que a maioria das vezes e sempre notificam com maior percentagem no segundo grupo apenas quando a ocorrência é detetada e corrigida antes de afetar o doente.
- A frequência de notificação anual é muito baixa ($1,90 \pm 3,98$).

3.1.4. Fatores que interferem na notificação de incidentes e eventos adversos

Existem vários fatores que podem interferir com a notificação de incidentes e EA. Uns funcionam como obstáculos enquanto outros podem conferir incentivo à notificação. Para percebermos de forma simples o comportamento destes fatores na amostra em estudo optamos por apresentar os dados estatísticos organizados pela aplicação do teste da binomial.

Obstáculos à notificação

Esta escala tem quatro possibilidades hierarquizadas de resposta. Da análise múltipla da resposta concluímos que foram dadas 1601 respostas à totalidade dos itens, destas 35,4% consideram estes fatores como obstáculos moderados, 28,0% como grandes obstáculos, 21,1% como obstáculos menores e para 15,5% das respostas não os consideram obstáculos.

Em relação aos obstáculos, analisando a escala de forma global, concluímos que a média da distribuição total ($19,88 \pm 5,69$) é semelhante á da distribuição feminina ($19,74 \pm 5,86$) e masculina ($20,58 \pm 4,76$), centrando-se entre o valor mínimo e máximo das distribuições. O coeficiente de variação revela-nos distribuições com dispersão média. O coeficiente de assimetria infere distribuição simétrica para o sexo masculino e simétrica positiva com

enviesamento à esquerda para o sexo feminino e globalidade da amostra. Todas as distribuições são, de acordo com o cálculo da curtose, mesocúrticas (cf. tabela 20)

Tabela 20: Dados estatísticos relativos aos obstáculos da notificação

Obstáculos notificação	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	10	30	20,58	4,76	23,13	-0,69	0,07	0,039
Feminino	150	5	36	19,74	5,86	29,70	2,29	0,10	0,000
Total	181	5	36	19,88	5,69	28,60	2,00	0,06	0,001

No quadro 22 estão inscritos os resultados da aplicação do teste da binomial aos dados obtidos pela escala de obstáculos à notificação. Nesta escala quanto menor a classificação obtida maior será o obstáculo. Utilizamos o valor dois como *cut point*, valor que divide a escala em dois grandes grupos. Até dois situam-se os obstáculos grandes e moderados, nos valores superiores estão os obstáculos menores e os não obstáculos. Da análise dos resultados para os nove fatores enumerados podemos inferir que à exceção do último, todos são considerados como obstáculos moderados ou grandes, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Ao invés dos anteriores o nono fator não foi considerado obstáculo ou é entendido como um obstáculo menor por 58,0% dos enfermeiros, existindo também diferenças significativas entre os dois grupos ($p = 0,03$).

Os fatores mais pontuados enquanto obstáculos (1,2,4,7 e 8) estão relacionados com as consequências e penalizações derivadas da notificação percebidas pelos enfermeiros.

Quadro 22: Caracterização dos obstáculos à notificação

Fatores	Total	<=2		>2		B (p)
		N	%	N	%	
1. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro	177	132	75	45	25	0,000
2. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes	180	111	62	69	38	0,002
3. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem notificados	181	109	60	72	40	0,007
4. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro, a culpa será atribuída ao enfermeiro	179	134	75	45	25	0,000
5. Desconheço o sistema de notificação	177	110	62	67	38	0,002
6. O ato/sistema de notificação é demasiado detalhado e moroso	169	107	63	62	37	0,001
7. Os enfermeiros têm receio das advertências se notificarem o erro cometido	180	122	68	58	32	0,000
8. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se notificarem um erro	179	115	64	64	36	0,000
9. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o notificar	180	75	42	105	58	0,030

Fatores facilitadores

Nesta questão procuramos identificar que fatores podem facilitar a notificação por parte dos enfermeiros. Foram obtidas 1084 respostas, deste total, 51,5% considerou que os fatores apresentados constituem 'elevada' probabilidade de aumentar a notificação e 28,0% 'média' probabilidade. As indecisões representam 13,0% das respostas e apenas 5,2% e 2,4% das respostas são direcionadas para a baixa e muito baixa probabilidade de notificação.

Na análise global da escala (cf. tabela 21), concluímos que a média total obtida foi $10,66 \pm 4,46$, para os quais o sexo masculino contribui com $11,06 \pm 3,35$ e o feminino com $10,58 \pm 4,66$, revelando a alta importância dos fatores em análise como facilitadores da notificação. As distribuições apresentam uma dispersão elevada, considerando os coeficientes de variação encontrados, sendo esta mais elevada na distribuição feminina. Os coeficientes de simetria e curtose revelaram distribuições assimétricas positivas com enviesamento à esquerda e leptocúrticas na distribuição total e na feminina. O teste de Kolmogorov Smirnov mostrou que essas distribuições não acompanham a curva da normal. Já a distribuição masculina é uma distribuição normal, sendo em consequência disso simétrica e mesocúrtica.

Tabela 21: Dados estatísticos relativos aos fatores facilitadores da notificação

Fatores Facilitadores notificação	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	6	18	11,06	3,35	30,24	0,78	-0,76	0,200
Feminino	151	0	27	10,58	4,66	44,03	7,28	5,48	0,000
Total	182	0	27	10,66	4,46	41,81	7,51	5,85	0,000

Para aplicar o teste da binomial, dividimos as respostas em dois grupos, considerando no primeiro as respostas da categoria elevada e média (1 e 2, respetivamente) e no segundo as categorias, indeciso, baixa e muito baixa (3, 4 e 5 respetivamente). Nesta escala quanto menor for a classificação obtida maior importância é atribuída aos fatores enquanto facilitadores da notificação. Da análise dos resultados inferimos que a percentagem de enfermeiros que considera estes fatores facilitadores de notificação, com elevada e média contribuição é bastante elevada, distribuindo-se entre os 71,0% para o relato anónimo e os 88% para os benefícios em termos de segurança do doente, associados à notificação. As diferenças encontradas entre os dois grupos são estatisticamente significativas ($p=0,00$) (cf. quadro 23).

Quadro 23: Caracterização dos fatores facilitadores da notificação

Fatores	Total	≤2		>2		B (p)
		N	%	N	%	
1. Se o processo de relato for anónimo	181	129	71	52	29	0,000
2. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado	182	133	73	49	27	0,000
3. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção dos erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização	182	160	88	22	12	0,000
4. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho	181	155	86	26	14	0,000
5. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico	182	149	82	33	18	0,000
6. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço	182	141	77	41	23	0,000

Resposta ao erro não punitiva

A análise global da dimensão, revela que a pontuação varia entre um mínimo de 3 e um máximo de 13, 12 no sexo masculino. A média da distribuição total é de $7,49 \pm 2,25$, refletindo a média para a distribuição masculina ($7,55 \pm 2,25$) e feminina ($7,48 \pm 2,26$) e aproximando-se mais do valor máximo, o que revela maior concordância com os itens avaliados. As três distribuições apresentam dispersões na transição médias/elevadas, são simétricas e mesocúrticas, seguindo a distribuição masculina a curva de Gauss (cf. tabela 22).

Tabela 22: Dados estatísticos relativos à resposta ao erro não punitiva

Resposta ao erro não punitiva	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	3	12	7,55	2,25	29,79	0,11	-0,52	0,200
Feminino	151	3	13	7,48	2,26	30,22	0,74	-0,38	0,000
Total	182	3	13	7,49	2,25	30,07	0,71	-0,60	0,000

Esta escala avalia a forma como os enfermeiros percebem as consequências do erro e da sua comunicação. A tabela 23 engloba os resultados relativos à resposta ao erro não punitiva. Podemos observar que à exceção do primeiro item a maioria dos enfermeiros considera que a admissão e comunicação do erro serão utilizadas em seu prejuízo. Esta realidade verifica-se tanto para o sexo masculino como feminino. Em relação ao primeiro item, 33,5% dos enfermeiros concordam com a afirmação, sendo também a resposta mais pontuada no sexo feminino (33,1%).

Tabela 23: Caracterização da resposta ao erro não punitiva em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.		
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles										
Concordo totalmente	2	6,5	14	9,3	16	8,8	-0,5	0,5		
Concordo	11	18,0	50	33,1	61	33,5	0,3	-0,3		
Não concordo nem discordo	10	32,3	44	29,1	54	29,7	0,3	-0,3		
Discordo	8	25,8	39	25,8	47	25,8	0,0	0,0		
Discordo totalmente	-	-	4	2,6	4	2,2	-0,9	0,9		
Quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si										
Concordo totalmente	5	16,1	22	14,6	27	14,8	0,2	-0,2		
Concordo	15	48,4	74	49,0	89	48,9	-0,1	0,1		
Não concordo nem discordo	6	19,4	34	22,5	40	22,0	-0,4	0,4		
Discordo	5	16,1	18	11,9	23	12,6	0,6	-0,6		
Discordo totalmente	-	-	3	2,0	3	1,6	-0,8	0,8		
Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal										
Concordo totalmente	3	9,7	30	19,9	33	18,1	-1,3	1,3		
Concordo	18	58,1	68	45,0	86	47,3	1,3	-1,3		
Não concordo nem discordo	4	12,9	34	22,5	38	20,9	-1,2	1,2		
Discordo	6	19,4	16	10,6	22	12,1	1,4	-1,4		
Discordo totalmente	-	-	3	2,0	3	1,6	-0,8	0,8		

Como todos os itens foram invertidos o sentimento de punição é tanto maior quanto a pontuação máxima se aproxima de zero. Para aplicação do teste da binomial consideramos as categorias, concordo totalmente (1), e concordo (2) no primeiro grupo (≤ 2) e os restantes (3, 4, 5) no segundo grupo (> 2). Pelos resultados apresentados no quadro 24 percebemos que a maioria dos enfermeiros sente que a comunicação dos seus erros terá um efeito punitivo sobre si (42,0%, 64,0% e 65,0%, respetivamente por item), realidade com diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 24: Caracterização do sentimento de punição como consequência da comunicação do erro

Fatores	Total	≤ 2		> 2		B (p)
		N	%	N	%	
1. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	182	77	42	105	58	0,000
2. Quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	182	116	64	66	36	0,000
3. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	182	119	65	63	35	0,000

Síntese

- Oito dos nove fatores enunciados como obstáculos à notificação são considerados pela amostra obstáculos moderados ou grandes com diferenças significativas face aos obstáculos menores e não obstáculos. Um fator não foi considerado obstáculo ou é entendido como obstáculo menor por 58,0% dos enfermeiros.

- Os fatores mais pontuados enquanto obstáculos estão relacionados com as consequências percebidas da notificação.

- Os fatores facilitadores da notificação enunciados são considerados como tal pela maioria dos enfermeiros, com percentagens entre os 71,0% para o relato anónimo e os 88,0% para os benefícios em termos de segurança do doente, associados à notificação. As diferenças entre os grupos que consideram estes fatores como facilitadores e o grupo dos que os não considera facilitadores são significativas.

- Em dois dos três itens analisados os enfermeiros consideram que a comunicação dos seus erros terá um efeito punitivo sobre si (42,0%, 64,0% e 65,0%), existindo diferenças significativas entre os grupos.

3.1.5. Segurança do doente

Nível de segurança do doente

Do ponto de vista global obtivemos uma média de $2,58 \pm 0,642$, tendência verificada no sexo masculino ($2,71 \pm 0,461$) e feminino ($2,56 \pm 0,672$), valores que indiciam níveis aceitáveis de segurança do doente percecionada. Nenhuma distribuição respeita a normalidade. A distribuição masculina distingue-se das duas restantes pela assimetria evidenciada, tratando-se de uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita (cf. tabela 24).

Tabela 24: Dados estatísticos relativos ao nível de segurança do doente

Nível de Segurança	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	2	3	2,71	0,461	17,03	-2,31	-1,38	0,000
Feminino	149	1	5	2,56	0,672	26,27	0,65	1,50	0,000
Total	180	1	5	2,58	0,642	24,85	0,02	1,65	0,000

Nesta questão pedíamos aos enfermeiros que atribuíssem um nível de segurança do doente no seu serviço, quanto menor a pontuação, maior o nível de segurança percebido. Os resultados obtidos revelam uma elevada pontuação da categoria aceitável (53,3%), realidade acompanhada no sexo feminino (49,7%) e de forma mais vincada no sexo masculino (71,0%). Os resíduos ajustados localizam diferenças no sexo masculino e categoria aceitável da variável, revelando que as duas variáveis não são independentes. A segunda categoria mais pontuada é a que considera muito bom o nível de segurança do doente, 39,4% do total, 41,6 da amostra feminina e 29,0% da masculina. As restantes categoria aglutinam percentagens baixas (cf. tabela 25).

Tabela 25: Caracterização do nível de segurança do doente em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (149)	% (100,0)	Nº (180)	% (100,0)	Masc.	Fem.
Excelente	-	-	6	4,0	6	3,3	-1,1	1,1
Muito bom	9	29,0	62	41,6	71	39,4	-1,3	1,3
Aceitável	22	71,0	74	49,7	96	53,3	2,2	-2,2
Fraco	-	-	6	4,0	6	3,3	-1,1	1,1
Muito fraco	-	-	1	0,7	1	0,6	-0,5	0,5

Perceção geral sobre segurança do doente

A análise global da distribuição revela-nos uma média próxima do valor máximo, na distribuição total e no sexo feminino ($14,42 \pm 2,86$ e $14,37 \pm 2,92$, respetivamente). Também para a distribuição masculina obtivemos uma média elevada ($14,65 \pm 2,60$), indicativo de que a perceção geral sobre a segurança do doente é boa. O coeficiente de variação indica-nos uma dispersão média, sendo relativamente mais baixa no sexo masculino. Embora as três distribuições sejam simétricas e mesocúrticas, apenas a masculina é normal (cf. tabela 26).

Tabela 26: Dados estatísticos relativos à perceção geral sobre a segurança do doente

Perceção geral	N	Min	Máx	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo									
Masculino	31	10	20	14,65	2,60	17,77	-0,07	-0,76	0,200
Feminino	150	6	20	14,37	2,92	20,30	-1,47	-0,16	0,000
Total	181	6	20	14,42	2,86	19,85	-1,48	-0,29	0,000

A perceção geral sobre a segurança do doente foi avaliada pela resposta a quatro itens (cf. tabela 27). Na amostra total 64,3% dos enfermeiros discordam que os erros graves não acontecem apenas por sorte, com percentagens semelhantes nos dois sexos (71,0% nos enfermeiros e 62,9% nas enfermeiras), sem diferenças estatisticamente significativas ($X^2=2,68$; $p=0,613$).

No segundo item desta dimensão, os resultados revelam que 62,1% da distribuição total considera que a segurança dos doentes nunca é colocada em causa pelo excesso de trabalho, sendo que 58,1% dos enfermeiros e 62,9% das enfermeiras são da mesma opinião. Entre a variável sexo e a variável de perceção geral sobre a segurança do doente não existe neste item associação estatística ($X^2=4,804$; $p=0,308$).

Quando questionados sobre a existência de problemas com a segurança do doente, 57,1% da amostra refere que não existem. Analisando os dois sexos obtemos percentagens muito semelhantes (54,8% e 57,7% respetivamente para homens e mulheres). Os resultados revelam-nos também que uma percentagem superior a 20,0% se encontra indecisa, o que

no contexto de receio de notificação já verificado poderá ser analisado como resposta negativa. Do ponto de vista relação entre as variáveis, podem ser consideradas independentes ($X^2=1,376$; $p=0,848$).

Analísámos ainda a percepção dos enfermeiros sobre a eficácia dos procedimentos e sistemas na prevenção dos erros. Os resultados permitem-nos inferir que existe um grande número de indecisos (>33,0%), mas ainda assim a maioria considera que são eficazes (53,6%). Também aqui concluímos pela independência das variáveis ($X^2=1,570$; $p=0,814$).

Tabela 27: Caracterização da percepção geral sobre a segurança do doente em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	Nº (31)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (151)	% (100,0)	Nº (182)	% (100,0)	Masc.	Fem.
É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade										
Discordo totalmente	8	25,8	34	22,5	42	23,1			0,4	-0,4
Discordo	14	45,2	61	40,4	75	41,2			0,5	-0,5
Não concordo nem discordo	6	19,4	24	15,9	30	16,5			0,5	-0,5
Concordo	3	9,7	25	16,6	28	15,4			-1,0	1,0
Concordo totalmente	-	-	7	4,6	7	3,8			-1,2	1,2
Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho										
Discordo totalmente	-	-	3	2	3	1,6			-0,8	0,8
Discordo	7	22,6	26	17,2	33	18,1			0,7	-0,7
Não concordo nem discordo	6	19,4	27	17,9	33	18,1			0,2	-0,2
Concordo	3	9,7	39	25,8	42	23,1			-1,9	1,9
Concordo totalmente	15	48,4	56	37,1	71	39,0			1,2	-1,2
Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente										
Discordo totalmente	4	12,9	25	16,6	29	15,9			-0,5	0,5
Discordo	13	41,9	62	41,1	75	41,2			0,1	-0,1
Não concordo nem discordo	8	25,8	31	20,5	39	21,4			0,7	-0,7
Concordo	6	19,4	29	19,2	35	19,2			0,0	0,0
Concordo totalmente	-	-	4	2,6	4	2,2			-0,9	0,9
Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros										
Discordo totalmente	-	-	4	2,7	4	2,2			-0,9	0,9
Discordo	4	12,9	15	10,0	19	10,5			0,5	-0,5
Não concordo nem discordo	12	38,7	49	32,7	61	33,7			0,6	-0,6
Concordo	12	38,7	68	45,3	80	44,2			-0,7	0,7
Concordo totalmente	3	9,7	14	9,3	17	9,4			0,1	-0,1

As conclusões apresentadas anteriormente podem ser confirmados pela leitura dos resultados do teste da binomial incertos no quadro 25, onde as categorias concordo e concordo totalmente para os itens pela positiva (2 e 4) e as categorias discordo e discordo totalmente para os itens invertidos (1 e 3) estão inseridas no segundo grupo (>3). Verificamos que existem diferenças significativas entre os dois grupos, nos três primeiros itens.

Quadro 25: Percepção geral da segurança do doente por nível de concordância

Fatores	Total	≤3		>3		B (p)
		N	%	N	%	
1. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade	182	65	36	117	64	0,000
2. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho	182	69	38	113	62	0,001
3. Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente	182	78	43	104	57	0,064
4. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	181	84	46	97	54	0,372

Síntese

- A maioria dos enfermeiros considera a segurança do doente no serviço onde exerce a profissão 'aceitável' (53,3%) e 'muito boa' (39,4%). No sexo masculino, 71,0% classifica a segurança do doente de 'aceitável' e os restantes 'muito boa'. Foram encontradas relações de dependência no sexo masculino e categoria 'aceitável' da variável.

- Em discordância com o fato de ser apenas por sorte que os erros graves não acontecem estão 64,0% dos enfermeiros, 62,0% concorda que nunca se sacrifica a segurança do doente, registando-se diferenças significativas entre os grupos que consideram a segurança positiva e os que a consideram negativa ou estão indecisos. Nos itens seguintes 57,0% dos enfermeiros não concorda que no serviço existem problemas de segurança e quanto à eficácia dos sistemas e procedimentos de prevenção dos erros 54,0% considera-os eficazes, não existindo diferenças estatísticas significativas.

3.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo relatamos o resultado da aplicação de testes estatísticos analíticos com intuito de conhecermos as diferenças entre grupos, relativas às variáveis em estudo, adotando um nível de confiança de 95,0%.

Os resultados serão apresentados por dimensão estudada, garantindo a resposta às questões de investigação e objetivos delineados para estudar o problema.

3.2.1. Percepção da frequência das causas primárias dos erros

Neste ponto analisamos o efeito que as variáveis sociodemográficas, profissionais e cognitivas têm sobre a "frequência das causas primárias dos erros". Quanto maiores forem os valores médios obtidos, maior a percepção da frequência.

Procuramos perceber o efeito do sexo na "frequência das causas primárias dos erros" através da aplicação do teste UMW. Os resultados apresentados na tabela 28 revelam ordenações médias (OM) superiores no sexo masculino mas sem significado estatístico.

Tabela 28: UMW entre frequência das causas primárias dos erros e sexo

Dimensões	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência das causas primárias dos erros		93,84	91,02	2268,00	0,786

Procuramos também perceber se a idade influencia a percepção da “frequência das causas primárias dos erros”. Os resultados da análise de variância efetuada revelam-nos médias superiores para os enfermeiros mais novos, diferenças para as quais o valor de F não é explicativo (cf. tabela 29).

Tabela 29: ANOVA I entre frequência das causas primárias dos erros e grupo etário

Dimensões por grupo etário	M	Dp	F	p	%VE
Frequência das causas primárias dos erros					
≤ 32 anos	31,20	5,14	1,11	0,346	1,84
33 - 38 anos	30,46	4,89			
39 - 46 anos	29,40	5,20			
≥ 47 anos	29,76	5,12			
Total	30,19	5,10			

Outra questão que pretendíamos esclarecer foi o efeito do grau académico na dimensão. Os resultados do teste UMW da tabela 30 revelam melhores OM para os enfermeiros com mestrado, diferença que não tem significância estatística.

Tabela 30: UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e grau académico

Dimensões	Grau académico	bacharelato/licenciatura	mestrado	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência das causas primárias dos erros		88,05	110,27	1421,50	0,052

A análise do efeito da experiência profissional, experiência no hospital e experiência no serviço na percepção da “frequência das causas primárias dos erros” foi outra das nossas preocupações. Para conhecermos as diferenças entre as subamostras de experiência recorremos à análise de variância a um fator. Os resultados refletidos na tabela 31 indiciam médias mais elevadas para os que têm menos tempo de experiência e médias relativamente mais baixas para os que têm mais anos de experiência. Apesar das diferentes médias encontradas na relação das três variáveis independentes com a “frequência das causas primárias dos erros”, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as subamostras.

Tabela 31: ANOVA I entre a frequência das causas primárias dos erros e experiência profissional

Dimensões	M	Dp	F	p	%VE
Frequência das causas primárias dos erros / experiência profissional					
≤ 12 anos	30,70	5,10	0,509	0,602	0,56
13 - 20 anos	30,14	4,68			
≥ 21 anos	29,75	5,52			
Total	30,20	5,09			
Frequência das causas primárias dos erros / experiência no hospital					
≤ 9 anos	30,62	4,91	0,758	0,470	0,84
10 - 17 anos	30,42	5,45			
≥ 18 anos	29,55	4,86			
Total	30,20	5,09			
Frequência das causas primárias dos erros / experiência no serviço					
≤ 5 anos	30,71	5,50	0,396	0,674	0,44
6 - 11 anos	29,91	4,52			
≥ 12 anos	30,08	5,37			
Total	30,20	5,09			

A categoria profissional foi outra das variáveis independentes para a qual testamos, através do teste UMW, a influência sobre a “frequência das causas primárias dos erros”. Os resultados obtidos revelam OM superiores nos enfermeiros de cuidados gerais, mas sem diferenças significativas em relação aos enfermeiros especialistas e da coordenação (cf. tabela 32).

Tabela 32: UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e categoria profissional

Dimensões	Categoria profissional	Cuidados gerais	Especialista e coordenação	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência das causas primárias dos erros		93,65	82,46	2256,00	0,257

Pela tabela 33, observamos que as OM são superiores nos enfermeiros que concordam com o SNNIEA, com diferenças significativas (93,16 vs 61,75; p=0,015).

Tabela 33: UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e concordância com um SNNIEA

Dimensões	Concorda com SNNIEA	sim	não	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência das causas primárias dos erros		93,16	61,75	940,50	0,015

Analisámos também a influência que o conhecimento do SNNIEA da DGS pode ter na percepção da “frequência das causas primárias dos erros”. Os resultados do teste UMW indicam maiores OM para os enfermeiros que conhecem o SNNIEA (94,33 vs 90,29), sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 34).

Tabela 34: UMW entre a frequência das causas primárias dos erros e o conhecimento do SNNIEA

Dimensões	Conhece o SNNIEA	sim	não	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência das causas primárias dos erros		94,33	90,29	2277,50	0,691

Para percebermos se o nível de segurança percebido pelos enfermeiros produz efeito na “frequência das causas primárias dos erros” aplicamos o teste de *Kruskal-Wallis (KW)*. Os resultados obtidos revelam OM de 141,93 para os enfermeiros do grupo ‘fraco/muito fraco’, 95,57 para o grupo ‘aceitável’ e 79,50 para o grupo ‘muito bom/excelente’, com diferenças significativas entre o primeiro e terceiro grupo ($p=0,006$) (cf. tabela 35).

Tabela 35: KW entre a frequência das causas primárias dos erros e o NSD

Dimensões	NSD	Muito bom/excelente (1)	Aceitável (2)	Fraco/muito fraco (3)	χ^2	p	Post Hoc		
		OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Frequência das causas primárias dos erros		79,50	95,57	141,93	11,21	0,004	0,099	0,006	0,052

Quisemos ainda perceber se o registo de ocorrências influencia a “frequência das causas primárias dos erros”. Na tabela 36 estão os resultados da aplicação do teste KW. Concluimos que apesar das OM obtidas, esta variável não produz qualquer efeito na dimensão “frequência das causas primárias dos erros”.

Tabela 36: KW entre a frequência das causas primárias dos erros e o registo de ocorrências

Dimensões	Registo ocorrências	Foi registado	Não foi registado 1 vez	Não foi registado 2 vezes	Não foi registado 3 vezes	Não foi registado ≥ 4 vezes	χ^2	p
		OM	OM	OM	OM	OM		
Frequência das causas primárias dos erros		116,69	91,41	88,83	77,73	91,72	2,891	0,576

Síntese

- Os enfermeiros que concordam com o SNNIEA atribuem maior frequência aos itens enquanto causas primárias dos erros.

- Os enfermeiros que consideram a segurança do doente no seu serviço fraca e muito fraca atribuem maior frequência de causa de erro aos itens da dimensão.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis, sexo, grupo etário, grau académico, conhecimento do SNNIEA e registo de ocorrências.

3.2.2. Opinião dos enfermeiros sobre a comunicação de incidentes e EA

Nesta questão, procuramos as diferenças entre as várias subamostras, na relação com as três dimensões da comunicação de incidentes e EA. Recordemos que na dimensão “divulgação do erro” valores médios mais elevados correspondem a menor concordância com a divulgação. Nas dimensões “feedback e comunicação acerca do erro” e “abertura na comunicação” a valores médios mais elevados correspondem percepções mais favoráveis.

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre o sexo masculino e feminino em relação às dimensões da comunicação de incidentes e eventos adversos, aplicamos o teste *U-Mann-Whitney*. Os resultados obtidos revelam-nos que o sexo masculino apresenta OM superiores nas dimensões “feedback e comunicação acerca do erro” e “abertura na comunicação”. O sexo feminino apresenta OM superiores na dimensão “divulgação do erro”, revelando maior discordância com a divulgação, com diferenças significativas ($p=0,040$) (cf. tabela 37).

Tabela 37: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e sexo

Dimensões	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Divulgação do erro		73,28	94,52	1733,50	0,040
Feedback e comunicação acerca do erro		98,23	90,12	2132,00	0,432
Abertura na comunicação		95,77	90,62	2208,00	0,617

Analisando o comportamento individual de cada grupo etário, concluímos que o grupo com idade igual ou superior a 47 anos apresenta melhores médias nas três dimensões, sendo por isso o grupo que menos concorda com a “divulgação do erro” e o que melhor percepção tem sobre o “feedback e comunicação acerca do erro” e sobre a “abertura na comunicação”. O grupo etário dos 33 – 38 anos apresenta menor média para a “divulgação do erro”, logo maior concordância e pior percepção no “feedback e comunicação acerca do erro”. Na “abertura na comunicação”, o grupo etário 32 ou menos anos obteve a pior percepção (cf. tabela 38). O valor de F e a respetiva significância estatística demonstram que não existem diferenças significativas entre os grupos etários nas dimensões analisadas.

Tabela 38: ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o grupo etário

Dimensões por grupo etário	M	Dp	F	p	%VE
Divulgação do erro					
≤ 32 anos	7,80	2,05	2,13	0,098	3,51
33 - 38 anos	7,63	2,42			
39 - 46 anos	8,38	1,84			
≥ 47 anos	8,60	2,14			
Total	8,11	2,13			
Feedback e comunicação acerca do erro					
≤ 32 anos	9,04	2,22	0,88	0,455	1,46
33 - 38 anos	8,58	2,90			
39 - 46 anos	8,87	2,61			
≥ 47 anos	9,48	2,96			
Total	9,00	2,68			
Abertura na comunicação					
≤ 32 anos	9,58	2,39	2,05	0,109	3,36
33 - 38 anos	9,77	2,39			
39 - 46 anos	10,09	1,94			
≥ 47 anos	10,65	2,12			
Total	10,03	2,23			

Outra variável independente em análise foi o grau acadêmico. Para verificação de diferenças com significado estatístico recorremos ao teste *U-Mann-Whitney*. Dos resultados da tabela 39, salientamos percepções mais favoráveis do grupo dos detentores de bacharelato ou licenciatura nas dimensões “feedback e comunicação acerca do erro” e “abertura na comunicação”, dadas as melhores OM. Na dimensão “divulgação do erro” as melhores OM correspondem aos detentores de mestrado, logo são menos favoráveis à divulgação do mesmo. Para um nível de significância de $p < 0,05$ não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões (cf. tabela 39).

Tabela 39: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o grau acadêmico

Dimensões	Grau acadêmico		UMW	p
	bacharelato/licenciatura	mestrado		
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Divulgação do erro	89,50	96,98	1716,50	0,507
Feedback e comunicação acerca do erro	92,47	81,38	1653,00	0,331
Abertura na comunicação	91,27	89,25	1842,00	0,859

Para verificação de diferenças entre os grupos de experiência profissional nas dimensões relativas à comunicação de incidentes e EA, aplicamos o teste da ANOVA I entre amostras independentes (cf. tabela 40). Os resultados revelam valores médios mais elevados no grupo dos 21 ou mais anos de experiência profissional, nas três dimensões, logo são os que menos concordam com a “divulgação do erro” e os que melhor percebem o “feedback e comunicação acerca do erro” e a “abertura na comunicação” no seu serviço. Os que têm 12 ou menos anos de serviço são os mais concordantes com a “divulgação do erro”, com

diferenças estatisticamente significativas entre estes e o grupo dos que têm 21 ou mais anos de serviço ($F=3,52$; $p=0,032$), com uma variância explicada de 3,80% para a dimensão em estudo.

Tabela 40: ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência profissional

Dimensões por Exp. Profissional	M	Dp	F	p	%VE	Post Hoc		
						1x2	1x3	2x3
Divulgação do erro								
≤ 12 anos (1)	7,58	1,99	3,52	0,032	3,80	0,266	0,025	0,502
13 - 20 anos (2)	8,17	2,32						
≥ 21 anos (3)	8,60	1,96						
Total	8,12	2,13						
Feedback e comunicação acerca do erro								
≤ 12 anos (1)	9,15	2,33	1,30	0,274	1,44	0,426	0,965	0,295
13 - 20 anos (2)	8,55	2,91						
≥ 21 anos (3)	9,28	2,78						
Total	8,98	2,69						
Abertura na comunicação								
≤ 12 anos (1)	9,80	2,29	1,94	0,147	2,20	0,999	0,202	0,203
13 - 20 anos (2)	9,81	2,23						
≥ 21 anos (3)	10,50	2,11						
Total	10,03	2,23						

Analisámos as mesmas dimensões em função da experiência no hospital atual. Entre os grupos constituídos apurámos diferenças significativas, para $p<0,05$, na dimensão “abertura na comunicação” ($p=0,013$). Estas localizam-se entre os grupos com 9 ou menos anos e com 18 ou mais anos de experiência no hospital, e entre os detentores de 10-17 anos e os que têm 18 ou mais anos de experiência no hospital, tendo os segundos melhor percepção sobre a “abertura da comunicação” no serviço em ambos os casos, com uma variância explicada de 4,75% (cf. tabela 41).

Tabela 41: ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência no hospital

Dimensões por experiência no hospital	M	Dp	F	p	%VE	Post Hoc		
						1x2	1x3	2x3
Divulgação do erro								
≤ 9 anos (1)	7,86	2,19	2,70	0,070	2,94	1,00	0,118	0,106
10 -17 anos (2)	7,85	2,11						
≥ 18 anos (3)	8,63	2,03						
Total	8,12	2,13						
Feedback e comunicação acerca do erro								
≤ 9 anos (1)	9,27	2,30	3,15	0,045	3,40	0,112	0,962	0,060
10 -17 anos (2)	8,30	2,83						
≥ 18 anos (3)	9,40	2,80						
Total	8,98	2,69						
Abertura na comunicação								
≤ 9 anos (1)	9,71	2,17	4,46	0,013	4,75	0,993	0,035	0,023
10 -17 anos (2)	9,67	2,37						
≥ 18 anos (3)	10,72	1,99						
Total	10,03	2,23						

Quanto à análise da influência da experiência no serviço nas dimensões da comunicação de incidentes e EA, podemos verificar pela tabela 42 que não existem diferenças com significado estatístico ao nível de $p < 0,05$. Não se verificou uma tendência clara de resposta para as três dimensões em estudo, pois em cada dimensão existe um grupo distinto com melhores resultados.

Tabela 42: ANOVA I entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a experiência no serviço

Dimensões por experiência no serviço	M	Dp	F	p	%VE
Divulgação do erro					
≤ 5 anos	7,65	2,12			
6 - 11 anos	8,31	2,15	1,73	0,180	1,91
≥ 12 anos	8,29	2,08			
Total	8,12	2,13			
Feedback e comunicação acerca do erro					
≤ 5 anos	9,32	2,53			
6 - 11 anos	8,59	2,94	1,28	0,281	1,41
≥ 12 anos	9,14	2,50			
Total	8,98	2,69			
Abertura na comunicação					
≤ 5 anos	10,13	2,32			
6 - 11 anos	9,61	2,26	2,23	0,111	2,43
≥ 12 anos	10,42	2,04			
Total	10,03	2,23			

Para construção do corpo de conhecimentos que nos permitisse inferir sobre a opinião dos enfermeiros acerca da comunicação de incidentes e EA, procurámos as diferenças entre os enfermeiros de cuidados gerais e os enfermeiros especialistas/coordenadores de equipas. Os resultados que apresentamos na tabela 43, revelam melhores resultados para o grupo dos enfermeiros especialistas e coordenadores, pois apresentam melhores OM nas dimensões em que tal corresponde a melhores resultados e menores OM na dimensão “divulgação do erro”, correspondendo a melhores resultados. Da aplicação do teste *U-Mann-Whitney* resultaram diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão “abertura na comunicação” (UMW=1791,00; $p=0,005$).

Tabela 43: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a categoria profissional

Dimensões	Categoria profissional	Cuidados gerais	Especialista e coordenação	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Divulgação do erro		91,82	87,57	2435,00	0,662
Feedback e comunicação acerca do erro		90,76	94,63	2463,00	0,694
Abertura na comunicação		86,18	113,83	1791,00	0,005

As dimensões da comunicação de incidentes e EA foram também analisadas em função da concordância dos enfermeiros com um sistema nacional de notificação de incidentes e EA.

Dos resultados apresentados na tabela 44 verificamos que os enfermeiros que não concordam com a existência de um SNNIEA obtêm ordenações mais elevadas nas três dimensões analisadas. Estes resultados permitiram inferir que os enfermeiros que não concordam com um SNNIEA são menos favoráveis à “divulgação do erro” e têm melhores perceções relativas ao “feedback e comunicação acerca do erro” e à “abertura na comunicação”. O teste *U-Mann-Whitney* revela diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão “divulgação do erro” (UMW=979,00; $p=0,024$).

Tabela 44: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a concordância com um SNNIEA

Concordância SNNIEA	sim	não	UMW	p
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Dimensões				
Divulgação do erro	86,62	115,11	979,00	0,024
Feedback e comunicação acerca do erro	88,73	101,33	1245,00	0,325
Abertura na comunicação	89,35	95,83	1344,00	0,611

Procuramos ainda diferenças entre as subamostras constituídas de acordo com o conhecimento do SNNIEA da DGS nas três dimensões da comunicação de incidentes e EA. Os resultados da tabela 45, mostram OM superiores nas dimensões “feedback e comunicação acerca do erro” e “abertura na comunicação” nos enfermeiros que têm conhecimento do SNNIEA. Com OM inferiores na dimensão “divulgação do erro” este grupo de enfermeiros é mais favorável à sua divulgação. Apesar das variações encontradas, para um intervalo de confiança de 95% não existem diferenças significativas entre os dois grupos, como se pode verificar pelos valores de p .

Tabela 45: UMW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e a concordância com um SNNIEA

Conhecimento SNNIEA	sim	não	UMW	p
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Dimensões				
Divulgação do erro	80,70	92,62	2054,50	0,234
Comunicação e feedback acerca do erro	92,38	90,70	2340,00	0,869
Abertura na comunicação	98,78	89,33	2135,00	0,350

Para perceber o efeito da perceção sobre a segurança do doente nas dimensões relativas à comunicação de incidentes e EA, aplicámos o teste de *Kruskal-Wallis*. Dos resultados apresentados na tabela 46 verificamos que as melhores OM para a “divulgação do erro” pertencem aos enfermeiros que consideram a segurança do doente fraca ou muito fraca. Nas dimensões seguintes as melhores OM pertencem aos enfermeiros que classificam o nível de segurança do doente em muito bom/excelente. Foram encontradas diferenças significativas na segunda e terceira dimensão que após recálculo das mesmas (Rank's) e aplicação do teste de Tukey se localizaram entre os enfermeiros do primeiro e segundo

grupo para o “feedback e comunicação acerca do erro” e entre primeiro e terceiro grupos para a “abertura na comunicação”.

Tabela 46: Teste KW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o nível de segurança do doente

Dimensões	NSD	Muito bom/excelente (1)	Aceitável (2)	Fraco/muito fraco (3)	χ^2	p	Post Hoc		
	OM	OM	OM	1x2			1x3	2x3	
Divulgação do erro		92,88	86,95	99,71	0,84	0,657	0,724	0,938	0,796
Comunicação e feedback acerca do erro		104,40	81,19	65,21	10,31	0,006	0,009	0,126	0,700
Abertura na comunicação		99,10	99,10	47,93	7,41	0,025	0,254	0,031	0,128

Por último, procurámos as diferenças entre as subamostras relativas ao registo das ocorrências. Aplicamos o teste de *Kruskal-Wallis* que nos revelou que a subamostra dos que não registou duas vezes é a que mais discorda com a “divulgação do erro” e o que considera existir melhor “feedback e comunicação acerca do erro”. Salientamos ainda as OM obtidas pela subamostra que não registou quatro ou mais vezes, pois são os que consideram existir mais défice de “feedback e comunicação acerca do erro” e de “abertura na comunicação”. Registaram-se diferenças com significado estatístico na dimensão “feedback e comunicação acerca do erro” ($p=0,026$) (cf. tabela 47).

Tabela 47: KW entre as dimensões da comunicação de incidentes e EA e o registo das ocorrências

Dimensões	Registo ocorrências	Foi registado	Não foi registado 1 vez	Não foi registado 2 vezes	Não foi registado 3 vezes	Não foi registado ≥ 4 vezes	χ^2	p
	OM	OM	OM	OM	OM			
Divulgação do erro		86,50	84,45	103,94	96,00	90,39	0,96	0,915
Feedback e comunicação acerca do erro		101,69	91,50	132,33	116,83	85,54	11,09	0,026
Abertura na comunicação		91,81	90,09	97,39	108,83	89,34	2,01	0,733

Síntese

Divulgação do erro

- Os enfermeiros do sexo feminino são menos concordantes com a “divulgação do erro” do que os do sexo masculino, obtendo OM superiores ($p=0,040$).
- Os enfermeiros com 12 ou menos anos de experiência profissional com média de 7,58 são mais favoráveis à “divulgação do erro” que os enfermeiros com 21 ou mais anos ($M=8,60$), com $p=0,032$.

- Os enfermeiros que não concordam com um SNNIEA são menos concordantes com a “divulgação do erro” (OM=115,11 vs OM=86,62; $p=0,024$).

Feedback e comunicação acerca do erro

- Com um nível de segurança percebido de ‘muito bom/excelente’, os enfermeiros deste grupo, consideram que no seu serviço existe melhor “feedback e comunicação acerca do erro” que os enfermeiros que percebem a segurança como ‘aceitável’ (OM=104,40 vs OM=81,19; $p=0,006$).

- Para as subamostras relativas ao registo das ocorrências foram obtidas diferenças significativas ($p=0,026$), as melhores OM pertencem aos enfermeiros que não registaram duas vezes e as piores aos que não registaram quatro ou mais vezes.

Abertura na comunicação

- Os enfermeiros com mais tempo de serviço no hospital consideram existir melhor “abertura na comunicação”. A análise de variância revelou diferenças significativas ($p=0,013$), que se localizam entre a subamostra dos detentores de 18 ou mais anos de serviço no hospital (M=10,72) e as subamostras dos com 9 ou menos anos (M=9,71) e 10-17 anos (M=9,67).

- Os enfermeiros especialistas e coordenadores percecionam melhor “abertura na comunicação” que os enfermeiros de cuidados gerais (OM=113,83 vs OM=86,18; $p=0,005$).

- Com um nível de segurança percebido de ‘muito bom/excelente’ os enfermeiros deste grupo (OM=99,10) consideram que no seu serviço existe melhor “abertura na comunicação” que os enfermeiros que percebem o nível de segurança como ‘fraco/muito fraco’ (OM=47,93), com $p=0,025$.

Para as restantes variáveis não foram encontradas diferenças significativas.

3.2.3. Frequência de notificação de incidentes e EA

A frequência de notificação de incidentes EA foi uma das dimensões avaliadas para a construção da percepção dos enfermeiros sobre a notificação. Tal como procedemos no ponto anterior, passamos a divulgar os resultados obtidos em função das variáveis independentes utilizadas para a caracterização desta dimensão. Aos valores mais elevados de média e OM correspondem mais notificações. Utilizamos o valor de 5% como nível de significância.

Embora as OM sejam mais altas no sexo feminino, não existem diferenças estatísticas significativas (cf. tabela 48).

Tabela 48: UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o sexo

Dimensões	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência da notificação		90,66	91,67	2314,50	0,922

Aplicamos o teste da ANOVA / para verificar diferenças entre os grupos etários na frequência de notificação. Os resultados da tabela 49 revelam a inexistência de diferenças para o nível de significância adotado. As médias obtidas são muito semelhantes em todos os grupos.

Tabela 49: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o grupo etário

Dimensões/grupo etário	M	Dp	F	p	%VE
Frequência da notificação					
≤ 32 anos	14,49	3,57	0,30	0,824	0,50
33 - 38 anos	14,93	2,65			
39 - 46 anos	14,45	2,72			
≥ 47 anos	14,91	3,75			
Total	14,69	3,20			

Os enfermeiros com bacharelato/licenciatura obtiveram OM inferiores aos enfermeiros com mestrado, logo têm uma frequência de notificação menor. O teste UMW indicia que não existem diferenças com significância estatística entre os dois grupos (UMW=1635,00; p=0,294) (cf. tabela 50)

Tabela 50: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o grau académico

Dimensões	Grau académico	bacharelato/licenciatura	mestrado	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência da notificação		89,41	101,38	1635,00	0,294

Como podemos observar na tabela 51 a frequência de notificação não sofre influência da experiência profissional, pois não existem diferenças significativas entre os três grupos. A análise foi também efetuada em função da experiência no hospital. Embora o grupo dos 10-17 anos de experiência no hospital registre maior média de notificação, a ANOVA / demonstra a inexistência de diferenças significativas entre os três grupos de experiência no hospital. Em relação à experiência no serviço, também não existem diferenças significativas (cf. tabela 51)

Tabela 51: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a experiência

Dimensões	M	Dp	F	p	%VE
Frequência da notificação / experiência profissional					
≤ 12 anos	14,43	3,38	0,44	0,643	0,05
13 - 20 anos	14,96	2,74			
≥ 21 anos	14,63	3,46			
Total	14,68	3,19			
Frequência da notificação / experiência no hospital					
≤ 9 anos	14,57	3,51	0,48	0,621	0,53
10 -17 anos	15,00	2,86			
≥ 18 anos	14,46	3,21			
Total	14,68	3,19			
Frequência da notificação / experiência no serviço					
≤ 5 anos	14,33	3,49	0,70	0,500	0,77
6 - 11 anos	15,01	3,16			
≥ 12 anos	14,61	2,94			
Total	14,68	3,19			

Com OM de 92,13, os enfermeiros de cuidados gerais notificam mais que os enfermeiros especialistas e coordenadores (OM=88,86), contudo, estatisticamente essa diferença não tem significado ($UMW=2480,00$; $p=0,739$) (cf. tabela 52).

Tabela 52: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a categoria profissional

Categoria profissional	Cuidados gerais	Especialista e coordenação	UMW	p
Dimensões	Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência da notificação	92,13	88,86	2480,00	0,739

A aplicação do teste *UMW* revelou que os enfermeiros que concordam com um sistema nacional têm frequências de notificação menores (OM=87,51) que os não concordantes (OM=112,25), contudo sem diferenças significativas entre os dois grupos ($UMW=1048,50$; $p=0,053$) (cf. tabela 53).

Tabela 53: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e a concordância com o SNNIEA

Concorda com SNNIEA	sim	não	UMW	p
Dimensões	Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência da notificação	87,51	112,25	1048,50	0,053

O conhecimento do SNNIEA também não aumenta a frequência de notificação, como se comprova pela ausência de diferenças significativas ($p=0,284$) (cf. tabela 54).

Tabela 54: Teste UMW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o conhecimento do SNNIEA

Conhece o SNNIEA	sim	não	UMW	p
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Frequência da notificação	82,06	92,92	2098,00	0,284

Para reunir pressupostos de aplicação da ANOVA I a esta dimensão e variável foi calculado o Rank da dimensão em estudo. Os enfermeiros que classificam o nível de segurança do doente em muito 'bom/excelente' têm média de notificação superior aos outros dois grupos, contudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as subamostras ($p=0,259$) (cf. tabela 55).

Tabela 55: ANOVA I entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o NSD

Dimensões por nível de segurança do doente	M	Dp	F	p	%VE
Frequência da notificação					
Muito bom/excelente	97,74	51,14	1,36	0,259	1,51
Aceitável	87,88	52,71			
Fraco/muito fraco	70,64	45,74			
Total	91,43	51,92			

Por fim, comparamos a frequência de notificação de cada grupo relativo ao registo das ocorrências. Concluímos que os enfermeiros que registaram sempre têm melhores OM (119,50) e os que não registaram quatro ou mais vezes têm piores OM (86,43). A aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* não revelou diferenças significativas ($X^2=7,00$; $p=0,135$) (cf. tabela 56).

Tabela 56: Teste KW entre a frequência de notificação de incidentes e EA e o registo das ocorrências

Registo ocorrências	Foi registado	Não foi registado 1 vez	Não foi registado 2 vezes	Não foi registado 3 vezes	Não foi registado ≥ 4 vezes	X^2	p
Dimensões	OM	OM	OM	OM	OM		
Frequência da notificação	119,50	109,64	116,17	95,47	86,43	7,008	0,135

Em **síntese**, estamos em condições de afirmar que para a dimensão "frequência da notificação" não existe influência das variáveis independentes.

3.2.4. Fatores que interferem na notificação de incidentes e EA

Na análise das três dimensões que interferem na notificação de incidentes e EA, salientamos que, para a dimensão “obstáculos à notificação” quanto menores os valores médios maior o obstáculo, na dimensão “fatores facilitadores da notificação” quanto menores os valores médios maior a influência dos fatores enquanto facilitadores da notificação, para a “resposta ao erro não punitiva” a valores médios mais altos corresponde menor receio de punição, pois todos os itens foram invertidos.

Analisando as dimensões com interferência na notificação em função do sexo, concluímos que o sexo feminino obteve OM inferiores na classificação dos obstáculos apresentados (OM=88,73 vs OM=101,97), na probabilidade de cada um dos fatores facilitar a notificação (OM=88,97 vs OM=103,82) e na “resposta não punitiva ao erro” (OM=91,06 vs OM=93,65), todavia sem diferenças com significância estatística (cf. tabela 57).

Tabela 57: Teste UMW entre dimensões com interferência na notificação e o sexo

Dimensões	Sexo		UMW	p
	Masculino	Feminino		
	Ordenações médias			
Obstáculos à notificação	101,97	88,73	1985,00	0,200
Fatores facilitadores da notificação	103,82	88,97	1958,50	0,151
Resposta ao erro não punitiva	93,65	91,06	2274,00	0,801

Aplicamos o teste ANOVA / para determinar se existem diferenças significativas entre as várias subamostras do grupo etário, na sua relação com as dimensões com interferência na notificação. Obtivemos médias mais elevadas nas dimensões “obstáculos à notificação” e “fatores facilitadores da notificação” nos enfermeiros pertencentes aos dois grupos etários mais elevados (39-46 e ≥ 47 anos), o que é indicativo de que tanto os obstáculos como os fatores facilitadores apresentados têm menos importância, enquanto tal, para estes grupos de enfermeiros. Na “resposta ao erro não punitiva” os grupos dos 33-38 anos e 47 ou mais anos obtiveram médias mais elevadas, revelando menor receio de punição pelo erro. Os resultados revelam-nos que apesar de existirem algumas diferenças nas médias, ao nível de significância de 0,05 não foram encontradas diferenças estatísticas com significância em qualquer das dimensões (cf. tabela 58).

Tabela 58: ANOVA I entre as dimensões com interferência na notificação e o grupo etário

Dimensões/grupo etário	M	Dp	F	p	%VE
Obstáculos à notificação					
≤ 32 anos	19,73	6,08	0,71	0,547	1,19
33 - 38 anos	18,97	4,48			
39 - 46 anos	20,34	6,66			
≥ 47 anos	20,60	5,15			
Total	19,92	5,67			
Fatores facilitadores da notificação					
≤ 32 anos	10,24	3,76	0,59	0,624	0,98
33 - 38 anos	10,34	4,33			
39 - 46 anos	10,74	4,61			
≥ 47 anos	11,36	5,06			
Total	10,68	4,46			
Resposta ao erro não punitiva					
≤ 32 anos	7,22	2,30	1,46	0,225	2,42
33 - 38 anos	7,48	2,16			
39 - 46 anos	7,21	2,08			
≥ 47 anos	8,06	2,38			
Total	7,49	2,24			

Procurando testar o efeito da variável grau acadêmico nas dimensões com interferência na notificação, aplicamos o teste *U-Mann-Whitney*. Da análise dos resultados verificamos que os detentores de bacharelato/licenciatura apresentam maiores OM nas dimensões “obstáculos à notificação” e “resposta ao erro não punitiva” mas sem diferenças significativas. Os detentores de mestrado apresentam resultados superiores na dimensão “fatores facilitadores da notificação”, sem diferenças estatísticas significativas (cf. tabela 59).

Tabela 59: UMW entre dimensões com interferência na notificação e o grau acadêmico

Dimensões	Grau acadêmico		UMW	p
	bacharelato/licenciatura	mestrado		
Obstáculos à notificação	92,18	79,60	1610,50	0,270
Fatores facilitadores da notificação	90,65	93,31	1828,50	0,815
Resposta ao erro não punitiva	92,93	78,40	1581,50	0,200

Para testar a influência da variável experiência profissional nas dimensões com interferência na notificação recorreremos à análise de variância. Na dimensão “obstáculos à notificação” são os enfermeiros que trabalham há 21 ou mais anos que apresentam médias mais elevadas, com diferença estatística significativa provada entre estes e os que têm 13 a 20 anos de serviço (Tukey = 0,001), indicando que para os primeiros, os itens estudados têm menos importância enquanto obstáculos. Na dimensão “fatores facilitadores da notificação” continuam a ser os enfermeiros com 21 ou mais anos a obter melhores médias, mas desta vez sem diferenças significativas. Para a “resposta ao erro não punitiva” existem diferenças significativas entre os enfermeiros com 21 ou mais anos de serviço e os que têm 13 a 20

anos de serviço, com 3,57% de variância explicada, os mais experientes (≥ 21 anos) evidenciam menor receio de punição (cf. tabela 60).

Tabela 60: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência profissional

Dimensões vs Exp. Profissional	M	Dp	F	p	%VE	Post Hoc		
						1x2	1x3	2x3
Obstáculos à notificação								
≤ 12 anos (1)	19,80	5,35						
13 - 20 anos (2)	18,17	5,59	6,63	0,002	6,93	0,234	0,116	0,001
≥ 21 anos (3)	21,82	5,59						
Total	19,88	5,68						
Fatores facilitadores da notificação								
≤ 12 anos (1)	10,40	3,79						
13 - 20 anos (2)	10,06	3,88	2,00	0,139	2,18	0,906	0,306	0,137
≥ 21 anos (3)	11,60	5,48						
Total	10,66	4,45						
Resposta ao erro não punitiva								
≤ 12 anos (1)	7,38	2,18						
13 - 20 anos (2)	7,04	2,29	3,31	0,039	3,57	0,677	0,217	0,032
≥ 21 anos (3)	8,06	2,17						
Total	7,48	2,24						

No intuito de verificar se as dimensões com interferência na notificação diferiam face à experiência no hospital aplicamos a ANOVA I. Dos resultados obtidos e apresentados na tabela 61, ressalta que os enfermeiros com tempo de serviço no hospital de 18 ou mais anos reconhecem menos obstáculo nos itens que compõem a dimensão, atribuem maior importância enquanto facilitadores da notificação aos itens da dimensão e têm menos receio da punição pelo erro. Já os enfermeiros com tempo de serviço igual ou inferior a 9 anos no hospital têm mais receio da punição. Contudo, o valor de F não é explicativo destas diferenças.

Tabela 61: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência no hospital

Dimensões vs experiência no hospital	M	Dp	F	p	%VE
Obstáculos à notificação					
≤ 9 anos (1)	19,74	5,28			
10 -17 anos (2)	19,34	6,04	0,75	0,473	0,83
≥ 18 anos (3)	20,59	5,70			
Total	19,88	5,68			
Fatores facilitadores da notificação					
≤ 9 anos (1)	10,52	3,91			
10 -17 anos (2)	11,04	4,89	0,36	0,695	0,40
≥ 18 anos (3)	10,40	4,52			
Total	10,66	4,45			
Resposta ao erro não punitiva					
≤ 9 anos (1)	7,27	2,32			
10 -17 anos (2)	7,46	2,18	0,59	0,558	0,65
≥ 18 anos (3)	7,71	2,25			
Total	7,48	2,24			

Ao procurarmos relacionar a experiência profissional no serviço atual com as três dimensões que interferem na notificação depreendemos pelos resultados obtidos com a análise de variância que os valores de F não são explicativos das diferenças encontradas, logo não existe relação estatisticamente significativa (cf. tabela 62).

Tabela 62: ANOVA I entre dimensões interferentes na notificação e experiência no serviço

Dimensões vs experiência no serviço	M	Dp	F	p	%VE
Obstáculos à notificação					
≤ 5 anos	21,01	5,84			
6 - 11 anos	19,17	5,58	1,64	0,197	1,80
≥ 12 anos	19,69	5,59			
Total	19,88	5,68			
Fatores facilitadores da notificação					
≤ 5 anos	11,28	4,47			
6 - 11 anos	10,31	3,58	0,75	0,473	0,83
≥ 12 anos	10,52	5,09			
Total	10,66	4,45			
Resposta ao erro não punitiva					
≤ 5 anos	7,66	2,18			
6 - 11 anos	7,22	2,23	0,73	0,482	0,81
≥ 12 anos	7,62	2,33			
Total	7,48	2,24			

A categoria profissional foi outra das variáveis independentes que relacionamos com as dimensões com interferência na notificação. Os resultados da aplicação do teste *U-Mann-Whitney* revelam que as OM são maiores nos enfermeiros especialistas relativamente aos “obstáculos à notificação” e “resposta ao erro não punitiva”, com diferenças significativas. A dimensão “fatores facilitadores da notificação” não é afetada pela categoria profissional (cf. tabela 63)

Tabela 63: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e a categoria profissional

Dimensões	Categoria profissional	Cuidados gerais	Especialista e coordenação	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Obstáculos à notificação		86,88	110,26	1881,00	0,015
Fatores facilitadores da notificação		92,71	86,43	2395,00	0,524
Resposta ao erro não punitiva		85,54	116,54	1696,00	0,002

Procuramos também conhecer em que medida a concordância com o SNNIEA discriminava a interferência na notificação. Realizado o teste *UMW* verificamos que as OM dos que discordam da existência do SNNIEA, são maiores, o que traduz para a dimensão “obstáculos à notificação” menor percepção de obstáculo nos itens apresentados, com significância estatística ($p=0,009$) (cf. tabela 64).

Tabela 64: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e a concordância com o SNNIEA

Concordância SNNIEA	sim	não	UMW	p
	Dimensões			
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Obstáculos à notificação	86,24	120,38	843,50	0,009
Fatores facilitadores da notificação	87,46	112,69	1040,50	0,049
Resposta ao erro não punitiva	89,66	93,00	1395,00	0,793

Da mesma forma, procuramos conhecer em que medida o conhecimento do SNNIEA discriminava a interferência na notificação. Os resultados do teste *UMW* apresentados na tabela 65 revelam OM superiores entre os que conhecem o SNNIEA para as dimensões “obstáculos à notificação” e “fatores facilitadores da notificação” e OM maiores para os que não conhecem o SNNIEA na dimensão “resposta ao erro não punitiva”. Apenas foi encontrada significância estatística ($p=0,022$) na dimensão “obstáculos à notificação” indiciando que os enfermeiros que conhecem o SNNIEA atribuem menor valor aos itens da dimensão enquanto obstáculos.

Tabela 65: UMW entre as dimensões interferentes na notificação e o conhecimento do SNNIEA

Conhecimento SNNIEA	sim	não	UMW	p
	Dimensões			
	Ordenações médias	Ordenações médias		
Obstáculos à notificação	109,61	86,37	1756,50	0,022
Fatores facilitadores da notificação	96,64	89,79	2203,50	0,500
Resposta ao erro não punitiva	87,83	91,68	2282,50	0,703

Para o estudo do efeito da segurança do doente percecionada pelos enfermeiros utilizamos o teste de *Kruskal-Wallis*. Observamos pelas OM que os enfermeiros que classificam a segurança do doente em aceitável atribuem maior efeito de obstáculo aos itens da dimensão “obstáculos à notificação” e têm mais receio de uma resposta punitiva ao erro. Nestas dimensões são encontradas diferenças com significância estatística que o teste de Tukey localiza entre o primeiro e segundo grupo.

Tabela 66: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões interferentes na notificação e o NSD

NSD	Muito bom/excelente (1)	Aceitável (2)	Fraco/muito fraco (3)	χ^2	p	Post Hoc		
	OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Obstáculos à notificação	103,84	79,02	90,36	9,77	0,008	0,005	0,782	0,829
Fatores facilitadores da notificação	87,70	91,67	105,21	0,83	0,658	0,874	0,675	0,787
Resposta ao erro não punitiva	106,59	77,86	86,79	13,33	0,001	0,001	0,572	0,891

Por fim, procuramos ver o efeito do registo das ocorrências nas dimensões em análise. Na tabela 67, podemos verificar que os enfermeiros que não registaram uma vez obtiveram

melhores OM nas dimensões “obstáculos à notificação” e “resposta ao erro não punitiva”. Na dimensão “fatores facilitadores da notificação” as melhores OM pertencem aos enfermeiros que não registaram duas vezes. As diferenças entre os grupos não são significativas.

Tabela 67: Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões interferentes na notificação e o registo da ocorrência

Grpcerro (aconteceu)	Foi registado	Não foi registado 1 vez	Não foi registado 2 vezes	Não foi registado 3 vezes	Não foi registado ≥4 vezes	X ²	p
Dimensões	OM	OM	OM	OM	OM		
Obstáculos à notificação	84,38	131,00	87,39	92,97	88,22	7,02	0,135
Fatores facilitadores da notificação	85,19	94,82	120,61	62,00	92,90	7,79	0,100
Resposta ao erro não punitiva	84,38	111,05	98,61	104,20	88,53	3,21	0,523

Síntese

- Obstáculos à notificação

Os enfermeiros com 13-20 anos de serviço atribuem maior probabilidade dos itens funcionarem enquanto obstáculos do que os enfermeiros com 21 ou mais anos ($p=0,002$). Os enfermeiros de cuidados gerais percebem os itens da escala com maior cariz de obstáculo que os enfermeiros especialistas e coordenadores ($p=0,015$). Os que concordam com um SNNIEA consideram que os itens da escala são mais obstáculos do que os que não concordam ($p=0,009$). Os enfermeiros que não conhecem o SNNIEA da DGS atribuem maior probabilidade dos itens da escala funcionarem como obstáculos ($p=0,022$). Para os enfermeiros que consideram o nível de segurança aceitável os itens apresentados têm mais força de obstáculo à notificação do que para os enfermeiros que classificam o nível de segurança em muito bom/excelente ($p=0,008$).

- Fatores facilitadores da notificação

Não se verificou qualquer efeito das variáveis independentes.

- Resposta ao erro não punitiva

Os enfermeiros com 13-20 anos de serviço persentem maior punição do que os enfermeiros com 21 ou mais anos de serviço ($p=0,039$). O grupo dos cuidados gerais considera existir maior probabilidade de punição do que o grupo dos especialistas/coordenadores ($p=0,002$). Os enfermeiros que classificam o nível de segurança do doente em ‘muito bom/excelente’ têm menos receio da punição pelo erro que os do nível ‘aceitável’ ($p=0,001$).

3.2.5. Segurança do doente

Neste ponto analisamos a “perceção geral sobre segurança do doente” em função das variáveis sociodemográficas, profissionais e cognitivas. Aos valores médios mais elevados corresponde melhor segurança percebida.

Procuramos perceber em que medida o sexo produz efeito na “perceção geral sobre segurança do doente”. Aplicamos o teste UMW, do qual resultaram OM superiores para o sexo masculino mas sem relevância estatística (cf. tabela 68).

Tabela 68: UMW entre perceção geral sobre segurança do doente e sexo

Dimensões	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Perceção geral sobre segurança do doente		93,65	91,06	2216,50	0,681

Analisamos também a variável em função do grupo etário. Pela análise de variância efetuada concluímos que os enfermeiros com mais anos têm melhor “perceção geral sobre segurança do doente”, no entanto o valor de F não é explicativo dessa diferença (cf. tabela 69).

Tabela 69: ANOVA I entre perceção geral sobre segurança do doente e grupo etário

Dimensões por grupo etário	M	Dp	F	p	%VE
Perceção geral sobre segurança do doente					
≤ 32 anos	14,31	2,68	2,257	0,084	3,70
33 - 38 anos	13,55	2,82			
39 - 46 anos	14,67	2,79			
≥ 47 anos	15,06	3,03			
Total	14,41	2,86			

Para perceber o efeito do grau académico na “perceção geral sobre segurança do doente” aplicamos o teste UMW, que revelou maiores OM nos enfermeiros com bacharelato/licenciatura, mas sem significado estatístico (cf. tabela 70).

Tabela 70: UMW entre a perceção sobre segurança do doente e grau académico

Dimensões	Grau académico	bacharelato/licenciatura	mestrado	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Perceção geral sobre segurança do doente		91,83	81,83	1664,00	0,378

Procuramos ainda saber se a experiência profissional total, no hospital e no serviço influenciam a “perceção geral sobre segurança do doente”. Na tabela 71 estão os resultados da análise de variância efetuada em função das três variáveis relativas à experiência

profissional. Para a experiência profissional total os enfermeiros com 21 ou mais anos de trabalho apresentam melhores médias na “percepção geral sobre segurança do doente”. No extremo oposto localizam-se os enfermeiros com 13-20 anos de experiência. A diferença encontrada tem uma variância explicada de 6,19% e pelo teste de Tukey localiza-se entre o segundo e terceiro grupo.

Em relação à variável experiência no hospital foram encontradas melhores médias nos enfermeiros com mais experiência, secundados pelos que têm 9 ou menos anos. Os valores de teste indiciam diferenças significativas entre os grupos ($p=0,017$), localizando-se as mesmas entre o primeiro e terceiro grupo e entre o segundo e terceiro grupo.

Na análise em função da experiência no serviço, não foi encontrada qualquer influência na “percepção geral sobre segurança do doente”

Tabela 71: ANOVA I entre percepção geral sobre segurança do doente e experiência profissional

Dimensões	M	Dp	F	p	%VE	Post Hoc		
						1x2	1x3	2x3
Percepção geral sobre segurança do doente / experiência profissional								
≤ 12 anos (1)	14,25	2,69						
13 - 20 anos (2)	13,68	2,93	5,877	0,003	6,19	0,498	0,068	0,003
≥ 21 anos (3)	15,39	2,71						
Total	14,41	2,86						
Percepção geral sobre segurança do doente / experiência no hospital								
≤ 9 anos (1)	14,05	2,63						
10 -17 anos (2)	13,95	2,93	4,190	0,017	4,49	0,980	0,047	0,026
≥ 18 anos (3)	15,28	2,85						
Total	14,41	2,86						
Percepção geral sobre segurança do doente / experiência no serviço								
≤ 5 anos (1)	13,98	2,74						
6 - 11 anos (2)	14,30	2,85	1,753	0,176	1,93	0,545	0,997	0,577
≥ 12 anos (3)	14,96	2,93						
Total	14,41	2,86						

Outra questão analisada foi a influência da categoria profissional na “percepção geral sobre segurança do doente”. Os resultados do teste *UMW* apresentados na tabela 72 revelam maiores OM nos enfermeiros especialistas e coordenadores, diferenças que não encontram correspondência estatística.

Tabela 72: *UMW* entre percepção geral sobre segurança do doente e categoria profissional

Dimensões	Categoria profissional	Cuidados gerais	Especialista e coordenação	UMW	p
		Ordenações médias	Ordenações médias		
Percepção geral sobre segurança do doente		88,16	102,86	2140,00	0,134

Questionamos também os enfermeiros sobre a concordância com um sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos e procuramos perceber qual o efeito dessa variável na “percepção geral sobre segurança do doente”. Os resultados da tabela 73 revelam diferenças significativas entre os enfermeiros que concordam e os que discordam com a existência de um sistema nacional de notificação com OM superiores para os que não concordam ($p=0,029$).

Tabela 73: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e concordância com um SNNIEA

Dimensões	Concorda com SNNIEA		UMW	p
	sim	não		
Percepção geral sobre segurança do doente	86,69	114,47	990,50	0,029

Ainda no mesmo âmbito analisamos em que medida o conhecimento do sistema nacional de notificação da DGS afeta a “percepção geral sobre segurança do doente”. Os resultados da aplicação do teste *UMW* indiciam a inexistência de significado estatístico para as diferenças de OM encontradas (cf. tabela 74).

Tabela 74: UMW entre percepção geral sobre segurança do doente e conhecimento do SNNIEA

Dimensões	Conhece o SNNIEA		UMW	p
	sim	não		
Percepção geral sobre segurança do doente	86,41	91,39	2237,00	0,622

Analisamos ainda esta variável em função do nível de segurança atribuído pelos enfermeiros. Os resultados do teste *KW* refletidos na tabela 75 evidenciam melhores OM no grupo dos enfermeiros que classificam o nível de segurança do doente em ‘muito bom/excelente’ e piores OM no grupo dos que a classificam em ‘fraca/muito fraca’. As diferenças encontradas têm significado estatístico ($p=0,000$) e o teste de Tukey localiza-as entre o primeiro e segundo grupo de enfermeiros e entre o primeiro e terceiro grupo.

Tabela 75: KW entre percepção geral sobre segurança do doente e NSD

Dimensões	NSD	Muito bom/excelente (1)	Aceitável (2)	Fraco/muito fraco (3)	χ^2	p	Post Hoc		
		OM	OM	OM			1x2	1x3	2x3
Percepção geral sobre segurança do doente		121,20	68,50	38,57	51,81	0,000	0,000	0,000	0,187

Por fim, quisemos verificar se o registo das ocorrências produz efeito na “percepção geral sobre segurança do doente”. Do teste *KW* resultam OM inferiores no grupo dos enfermeiros que não registaram quatro ou mais vezes as ocorrências. O grupo com melhores OM foi o que não registou duas vezes, secundado pelo grupo dos que não registaram uma vez.

Podemos concluir que existem diferenças estatísticas entre os grupos ($p=0,003$) (cf. Tabela 76).

Tabela 76: KW entre percepção geral sobre segurança do doente e registo das ocorrências

Registo ocorrências	Foi registado	Não foi registado 1 vez	Não foi registado 2 vezes	Não foi registado 3 vezes	Não foi registado ≥ 4 vezes	χ^2	p
Dimensões	OM	OM	OM	OM	OM		
Percepção geral sobre segurança do doente	109,19	124,18	126,00	113,70	82,55	15,995	0,003

Síntese

- Os enfermeiros com 21 ou mais anos de experiência profissional têm melhor “percepção geral da segurança do doente” que os que possuem 13-20 anos de experiência profissional ($p=0,003$).
- Os enfermeiros com 18 ou mais anos de experiência no hospital são os que têm melhor “percepção geral sobre segurança do doente” ($p=0,017$).
- Os enfermeiros que não concordam com um sistema nacional de notificação têm melhor “percepção geral sobre a segurança geral do doente” ($p=0,029$).
- Os enfermeiros que consideram que o nível de segurança do doente no seu serviço é ‘muito bom/excelente’ têm melhor “percepção geral sobre segurança do doente” do que os que consideram o nível de segurança ‘aceitável’ e ‘fraco/muito fraco’ ($p=0,000$).
- Entre os grupos de enfermeiros constituídos em função do registo das ocorrências existem diferenças significativas na percepção geral da segurança do doente ($p=0,003$).

CAPÍTULO 4. Discussão

Neste capítulo analisamos os principais resultados da investigação, relacionando-os com o problema e objetivos, confrontando-os com os de outros estudos e concluímos sobre a confirmação ou não das previsões iniciais (Coutinho, 2013).

4.1. Discussão metodológica

No desenvolvimento deste estudo adotamos um percurso metodológico que do ponto de vista teórico seria o mais adequado para a concretização dos objetivos do mesmo.

A primeira dificuldade com que nos deparamos está associada à fundamentação teórica. Se é verdade que começa a existir muita informação sobre segurança do doente e cultura de segurança do doente, não fosse esta uma preocupação internacional, não é menos verdade que sobre notificação e mais concretamente, a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e EA a informação ainda é escassa. Por este motivo não encontramos uma escala que aferisse a perceção dos profissionais sobre a notificação de incidentes e EA. O nosso instrumento de recolha de dados foi construído com base num questionário de avaliação da cultura de segurança do doente (Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais), num relativo à notificação de erros de medicação e num outro utilizado para o estudo das implicações jurídicas do registo de incidentes e EA. Deste processo obtivemos um instrumento cuja fiabilidade nem sempre foi a desejada, sendo o alpha de Cronbach inferior a 0,6 numa das escalas, o que, para Pestana e Gajreiro (2008), não será admissível, mas mesmo assim aceitáveis em ciências sociais (Marôco, 2007) . Contudo, na maior parte das escalas obtivemos uma fiabilidade razoável e boa.

Apesar das limitações que a aplicação de um questionário impõe, nomeadamente quanto à interpretação do que é pretendido e à baixa adesão ao mesmo, consideramos que esta foi a melhor forma de obter um número representativo da população, até porque a taxa de resposta aproximou-se dos 60%, o que em comparação com outros estudos do mesmo sexo pode ser considerado muito bom (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Gama, et al., 2013; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014; Sousa A. M., 2013).

A maioria das escalas que utilizamos segue um formato tipo *Likert* com um ponto neutral ou de indecisão. Este ponto, em muitos casos, apresentou uma elevada percentagem de resposta o que não nos permite fazer uma análise precisa da variável em estudo pois não

conseguimos perceber se isso significa que os profissionais não têm opinião formada sobre o tema ou simplesmente têm medo de responder.

4.2. Discussão dos resultados

Obtivemos uma taxa de resposta de 57,8%, sendo a nossa amostra constituída por 182 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (82,9%) com cerca de 40 anos de idade ($39,80 \pm 8,61$ anos). São maioritariamente licenciados ou bacharéis (86,7%), essencialmente prestadores de cuidados gerais (80,8%), com uma experiência profissional média de $16,80 \pm 8,34$ anos, dos quais $14,37 \pm 8,41$ no hospital e $9,46 \pm 6,77$ no serviço.

Com exceção de dois estudos, cujas amostras eram exclusivamente enfermeiros (Lima, 2011; Fernandes & Queirós, 2011), os restantes estudos consultados utilizaram amostras maiores, 310 a 405 281 profissionais de saúde (Eiras, et al., 2011; Gama, et al., 2013; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014; Sousa A. M., 2013). Contudo no presente estudo, a taxa de resposta foi superior à dos estudos anteriormente referidos. Também nos estudos que fazem a distinção entre sexos obtivemos a maior taxa de representantes do sexo feminino (Eiras, et al., 2011; Lima, 2011; Pimenta, 2013; Sousa A. M., 2013). Os estudos de Gama, et al. (2013) e Sorra et al. (2014), referem que cerca de 65,0% e 45,0% dos profissionais, respetivamente, têm no mínimo seis anos de experiência no serviço.

Perceção da frequência das causas primárias dos erros

As falhas de comunicação são evidenciadas como a principal causa primária do erro (Fragata & Martins, 2008; Lage, 2010; Lima, 2011). No presente estudo decidimos não introduzir a comunicação enquanto causa primária do erro nos itens enunciados, deixando a possibilidade aos enfermeiros para referirem outras causas para além das enunciadas. De qualquer forma enunciamos duas causas que se relacionam com a comunicação, os **procedimentos mal definidos e não regulamentados** e o **ambiente de trabalho hostil**. Apenas três enfermeiros referiram causas não enunciadas e nenhuma delas se relacionou com comunicação.

Os enfermeiros que participaram no estudo consideraram como principais causas primárias de erro a **falta de enfermeiros**, a **sobrecarga horária** e os **procedimentos mal definidos e não regulamentados** (comunicação ineficiente), seguindo-se as interrupções durante um procedimento, a desmotivação, o ambiente de trabalho hostil, a falta de conhecimentos do enfermeiro e a necessidade de formação. Um estudo realizado com uma amostra de 82 enfermeiros revelou que as três causas primárias de erro mais referidas são as **falhas de comunicação**, o **deficiente rácio profissional de enfermagem doente** e a **carência de**

recursos humanos no hospital (Lima, 2011). Outro estudo, corroborou estes resultados, identificando como causas primárias de erro a **falta de enfermeiros e interrupções durante a preparação de um medicamento** (equivalente no nosso estudo às interrupções durante um procedimento) (Raimundo & Dias, 2012). O mesmo estudo revelou que as variáveis ‘anos de exercício profissional’ e ‘anos de exercício profissional no atual serviço’ não se associaram com a perceção da causa primária do erro (Raimundo & Dias, 2012). Das restantes variáveis independentes analisadas apenas se encontraram diferenças estatísticas entre os enfermeiros que concordam e os que não concordam com um SNNIEA e entre os que classificam a segurança do doente no serviço em ‘fraco/muito fraco’ e os que a classificam em ‘muito bom/excelente’; sendo que, os enfermeiros pertencentes aos primeiros grupos apresentam frequências de perceção de causa primária do erro mais elevadas (Raimundo & Dias, 2012).

Qual a opinião dos enfermeiros sobre comunicação de incidentes e EA?

A “divulgação do erro” tem sido alvo de vários estudos, abordando diversas perspetivas. A maior parte dos doentes e profissionais de saúde defendem a divulgação dos EA aos doentes e suas famílias (O'Connor, Coates, Yardley, & Wu, 2010). Para os mesmos autores, os doentes pretendem a divulgação dos erros de forma franca e atempada com um pedido de desculpas e garantia de segurança no futuro, contudo existe uma diferença significativa entre a situação ideal e aquilo que acontece na prática. Embora os profissionais de saúde concordem com a divulgação dos incidentes de segurança, referem algumas barreiras que os inibem de o fazer, o medo de um processo judicial e a falta de conhecimentos sobre a melhor forma de lidar com os incidentes e a sua própria resposta emocional (O'Connor, et al., 2010). O relatório “*An organisation whith a memory*” do *Department of Health* (2000) apresenta/relata os receios de ser rotulado como um criador de problemas, o medo de parecer desleal, o medo de ser apontado por gestores e colegas e o medo relacionado com a justiça. Como incentivo à divulgação aparecem estudos a comprovar que as reclamações dos doentes, assim como as ações judiciais descem consideravelmente após implementação de programas de divulgação do erro (Kachalia, et al., 2010).

Os resultados obtidos revelam que 39,3% das respostas se situa ao nível da indecisão, 43,6% concorda com a divulgação e 17,1% discorda. O elevado nível de indecisão tem mais expressão na divulgação ao doente e familiares (40,7% e 41,2%, respetivamente). Ainda assim é inferior ao encontrado no estudo de Raimundo e Ribeiro (2012), em que 47,0% manifestaram indecisão relativa à comunicação dos erros de medicação ao doente e à família. Relativamente à divulgação pública dos relatórios, o nível de indecisão de 35,9% é significativamente maior que o encontrado no estudo referido (17,1%). Verificamos também

que 45,6% dos enfermeiros concorda com a comunicação de erros ao doente, 46,1% à família e 39,3% com a publicação de relatórios de incidentes e EA. Resultados mais favoráveis que os encontrados por Raimundo e Ribeiro (2012), 23,9%, 19,7% e 27,3%, respetivamente para o doente, família e publicação dos relatórios. Num estudo realizado com 99 médicos internos ocorrido durante uma conferência em Boston, apenas 17,0% divulga EA aos seus doentes e 31,0% pede desculpa pelo erro (Kronman, Paasche-Orlow, & Orlander, 2012), não encontramos estudos com enfermeiros.

O sexo masculino revelou-se como o mais concordante com a comunicação do erro ao doente e à família, com diferenças estatísticas significativas contrariando os resultados encontrados por outros estudos, onde não existem diferenças significativas entre os sexos (Kronman, et al., 2012; Raimundo & Ribeiro, 2012). A experiência profissional influencia a “divulgação do erro”, os resultados revelam diferenças significativas entre os que têm ≤ 12 anos de serviço e os que têm ≥ 21 anos. Os menos experientes são mais favoráveis à divulgação. O mesmo não se verifica no estudo de Raimundo e Ribeiro (2012), em que não foram encontradas diferenças significativas entre os anos de experiência profissional no que respeita à perceção sobre a divulgação do erro de medicação. Com ordenações médias superiores os enfermeiros que não concordam com a existência de um SNNIEA são também menos concordantes com a “divulgação do erro”, resultado que não surpreendeu.

A notificação é válida se conduzir a uma resposta construtiva, o que implica feedback sobre as conclusões da análise dos dados, assim como recomendações sobre mudanças nos processos e sistemas de cuidados de saúde (World Alliance for Patient Safety, 2005). No nosso estudo apenas 34% dos enfermeiros considera existir “feedback e comunicação acerca do erro”, resultado inferior ao obtido por Pimenta (2013) com 69% de respostas positivas, Eiras et al. (2011) com 54%, Fernandes e Queirós (2011) com 51% e Sorra et al.(2014) com 67%, mas consentâneos com os obtidos por Sousa (2013), Gama, et al. (2013) e Gomes (2012), com 47%, 43% e 43%, respetivamente. Na avaliação de cada item da dimensão, 25% relataram que ‘é-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências’, 39% refere ‘somos informados dos erros ocorridos no serviço’ e 38% assume que ‘neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção da repetição dos erros. Estes resultados diferem consideravelmente dos encontrados por Sorra et al.(2014), demonstrando que 59%, 67% e 73% da amostra, respetivamente para o primeiro, segundo e terceiro item.

Com um nível de segurança percebido de ‘muito bom/excelente’ os enfermeiros deste grupo (OM=104,40) consideram que no seu serviço existe melhor “feedback e comunicação acerca do erro” que os enfermeiros que percebem a segurança como ‘aceitável’ (OM=81,19). Para

as subamostras relativas ao registo das ocorrências foram obtidas diferenças significativas, as melhores OM pertencem aos enfermeiros que não registaram duas vezes e as piores aos que não registaram quatro ou mais vezes, resultados que não foram analisados pelos estudos consultados.

A “abertura na comunicação” foi outra dimensão da comunicação de incidentes e EA analisada. Os resultados do presente estudo apontam para um défice de comunicação no que se refere à interação com os que têm mais autoridade, apenas 25,0% não tem receio de questionar, resultado corroborado por Sousa, com 31,0% de respostas positivas neste item (2013). Percentagens positivas foram registadas na “abertura na comunicação” quando se verifica que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (55,0%) e quando algo parece não estar certo (51,0%). A média de respostas positivas situa-se nos 44,0%, abaixo dos 50,0% tal como os 44,0% obtidos por Sousa (2013) e os 46,0% e 49,6% obtidos por Gomes (2012) e Gama et al. (2013), respetivamente. Médias de resposta positiva acima de 50,0%, foram obtidas por Eiras et al. (2011), com 52,0%, por Pimenta (2013), com 63,0%, por Fernandes e Queirós (2011), com 64,0% e por Sorra et al. (2014), com 62,0%, revelando instituições com maior eficiência no processo comunicacional.

Os enfermeiros com mais tempo de serviço no hospital consideram existir melhor “abertura na comunicação”. A análise de variância revelou diferenças significativas entre os que apresentam 18 ou mais anos de tempo de serviço no hospital (M=10,72) e os que têm até 9 anos (M=9,71) e 10 - 17 anos (M=9,67). Estes dados não corroboram os apresentados num estudo realizado com 310 profissionais de saúde, onde não se registaram diferenças significativas para a variável tempo de serviço na instituição (Sousa A. M., 2013). Os especialistas e coordenadores (OM=113,83) percecionam melhor “abertura na comunicação” que os enfermeiros de cuidados gerais (OM=86,18) e os que percecionam a segurança do doente como ‘bom/excelente’ (OM=99,10) consideram que no seu serviço existe melhor “abertura na comunicação” que os que percebem a segurança como ‘aceitável’ (OM=47,93), resultados que não encontram comparação noutros estudos, pois esta variável não foi considerada.

A comunicação é tão importante para o funcionamento de qualquer equipa profissional como para a promoção da segurança do doente, pela evicção dos erros (Fragata, et al., 2006). Neste sentido é importante que esta flua não só entre os elementos da equipa como também entre estes e o líder. É importante eliminar todas as barreiras à fluidez da comunicação para que esta favoreça a melhoria da cultura de segurança do doente.

A existência de sistemas de notificação deriva da necessidade de aprendizagem com o erro. Obrigatórios nos processos de acreditação (*Joint Commission e Health Quality*) e recomendados na Europa desde a declaração do Luxemburgo, estes sistemas ainda não se encontram disseminados pelo SNS. Existem organizações com sistemas locais, derivados de alguns processos de acreditação e outras em que não existe qualquer sistema de notificação. Embora o SNNIEA esteja implementado desde janeiro de 2013, na prática, são poucos os profissionais que o conhecem e menos os que dele fazem uso. A necessidade de sistemas de notificação é inquestionável, ainda assim quisemos saber a opinião dos enfermeiros acerca da existência de um sistema nacional de notificação, assim como sobre o conhecimento do sistema nacional de notificação da DGS. Os resultados obtidos revelam que grande parte dos enfermeiros concorda com a existência de um SNNIEA (90,0%), ainda assim abaixo dos 98,0% obtidos no estudo de Bruno (2010). Relativamente ao conhecimento do SNNIEA da DGS, apenas 18,0% dos enfermeiros afirma conhecer, o que revela divulgação ineficaz de um instrumento otimizador da cultura de segurança do doente numa instituição onde não existe um sistema local.

Qual a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos enfermeiros?

Em função de uma lista de 25 incidentes e EA pedimos aos enfermeiros que referissem aqueles que já aconteceram no seu serviço e se os mesmos foram registados. Os resultados revelaram que todos os incidentes e EA enumerados ocorrem na instituição e que a maior parte dos incidentes e EA ocorridos estão relacionados com falhas latentes do sistema e são pouco registadas. Do total de incidentes e EA ocorridos 62,0% não são registados. Nos estudos de Lima (2011) e Bruno (2010), foi utilizada a mesma lista e os resultados demonstraram que são as falhas latentes do sistema as que têm maior expressão. A disfunção do sistema informático, a falta de material, a avaria do material, o desaparecimento de objetos e valores, o esquecimento de exame ou análise e a falta de material clínico e medicamentos são as falhas latentes mais apontadas no estudo de Bruno (2010). Outro estudo concluiu que o erro na identificação do doente, a falta do processo do doente nas consultas, disfunções do sistema informático, o esquecimento de exame, análise ou preparação do doente e a troca de relatório de exame são as causas organizativas com maior expressão de ocorrência (Lima, 2011). No nosso estudo as percentagens mais elevadas de ocorrências foram: a avaria ou defeito de material/dispositivos médicos; as disfunções do sistema informático; a falta de material/roupa/alimentos e a falta de material clínico e medicamentos, resultados que estão em consonância com os estudos referidos. Tal como nos dois estudos referidos, as quedas são o incidente/evento adverso com maior frequência de ocorrência. Quanto ao registo, estas são o incidente mais registado no nosso estudo, corroborando os resultados do estudo de Bruno (2010), mas em oposição aos

resultados encontrados num outro estudo, onde a taxa de registo das quedas foi das mais baixas (Lima, 2011).

Os EA graves relacionados com a cirurgia são os que apresentam menor frequência de ocorrência, o que vai de encontro aos resultados do estudo realizado por Bruno (2010), contudo a frequência de registo destas situações é consideravelmente inferior à frequência de não registo nomeadamente quando se trata de erro do local a operar, erro relacionado com a anestesia, e lesão de outros órgãos numa cirurgia, o que também se verifica no estudo referido.

A maioria dos enfermeiros não registou quatro ou mais vezes os incidentes e EA (76,4%), encontrando-se associação significativa com o grupo etário dos 33 aos 38 anos, tempo de serviço (13-20 anos), tempo de serviço no hospital de 10-17 anos e com a cultura de segurança do doente avaliada pelos profissionais como 'aceitável'. Entre os que não registaram uma vez, encontrou-se associação significativa com os que têm 47 ou mais anos, os que trabalham há 21 ou mais anos e os que concordam com um SNNIEA. Para os que não registaram três vezes foi encontrada relação de associação com os que trabalham há 18 ou mais anos. A variável formação académica influenciou o registo de incidentes e EA, verificando-se que os profissionais que possuem o mestrado registam mais. Embora se verifique influência destas variáveis na frequência de não registo, não encontramos estudos que nos permitam discutir este efeito.

Relativamente ao dano, será interessante perceber em que medida a gravidade está associada à "frequência da notificação". Os resultados obtidos permitem-nos inferir que a percentagem de registo de ambos os sexos diminui com a gravidade das consequências para o doente, variando de 66,5% quando a ocorrência é detetada e corrigida antes de afetar o doente e os 18,7% quando o dano é trágico. Esta tendência é corroborada por Gama, et al.(2013), (escala com os três primeiros itens) pois a maior percentagem de respostas positivas (52,5%) obteve-se no item *quando a ocorrência é detetada e corrigida antes de afetar o doente*, seguindo-se com 46,8% o item *quando uma ocorrência poderia causar dano ao doente mas isso não acontece* e com 41,4% o item *quando a ocorrência não tem perigo potencial para o doente*. Neste caso o item que corresponde a menor gravidade obtém a maior pontuação positiva.

Nos restantes estudos que analisamos existe alguma uniformidade de resultados, com a tendência crescente na "frequência de notificação" associada à gravidade do dano. Ao contrário dos resultados a que chegamos Bruno (2010) conclui que à medida que aumenta a gravidade dos danos aumenta a frequência de notificação. Também Lima (2011) refere que

o evento/ocorrência notificado com maior frequência pelos inquiridos é o *'dano é trágico' (morte, incapacidade)*, com 29,8%. Um estudo realizado por Pimenta (2013) utilizando o mesmo questionário numa amostra de 648 profissionais, obteve um valor mais elevado de respostas positivas, mas ainda assim baixo (51,0%) o que segundo a autora se deve ao facto dos valores positivos da resposta não punitiva ao erro também serem baixos (33,0%). Tal como nos anteriores, também neste estudo o evento/ocorrência notificado mais vezes coincide com maior gravidade para o doente. Os resultados obtidos da análise da base de dados da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (Sorra, et al., 2014) acompanham a tendência portuguesa com a maior frequência de notificação a corresponder às situações mais graves, *quando uma ocorrência poderia causar dano ao doente mas isso não acontece* (75,0%) e a menor às situações menos graves, *quando a ocorrência é detetada e corrigida antes de afetar o doente* (60,0%). Num estudo exploratório que utilizou o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* com uma amostra de 2449 sujeitos de sete hospitais públicos portugueses, obteve-se a percentagem média de 44,0% de respostas positivas para os três itens analisados, o que representa baixa adesão à notificação (Eiras, et al., 2011), valor que não difere muito do encontrado no presente estudo (50,0%) se considerarmos os mesmos três itens.

Excetuando a ocorrência que não tem perigo potencial para o doente, existem diferenças significativas entre o grupo dos que nunca, raramente e por vezes notificam e o grupo dos que a maioria das vezes e sempre notificam com maior percentagem no segundo grupo apenas quando a ocorrência é detetada e corrigida antes de afetar o doente.

Para a dimensão "frequência da notificação" não existe influência das variáveis independentes.

Em consonância com outros estudos nacionais (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Lima, 2011; Pimenta, 2013; Sousa A. M., 2013) e relativamente à frequência de notificação anual, observamos que 65,0% dos enfermeiros não regista nenhuma ocorrência. A frequência média de registo é de $1,90 \pm 3,98$, decrescendo no sexo masculino ($1,60 \pm 3,60$), tal como acontece noutro estudo (Lima, 2011). A nível internacional os resultados são semelhantes, com percentagens de registo de nenhuma ocorrência no último ano acima dos 55,0% (Sorra, et al., 2014) e 77,0% (Gama, et al., 2013).

Quais os fatores que interferem na notificação de incidentes e eventos adversos?

Existem vários fatores com influência na notificação, uns de forma positiva, outros de forma negativa provocam maior ou menor adesão à notificação de Incidentes e EA. Para tentarmos responder a esta questão agrupamos os diversos fatores em três dimensões,

“obstáculos à notificação”, “fatores facilitadores da notificação” e “resposta não punitiva ao erro”. Passamos então à discussão sobre a forma como cada dimensão afeta a notificação.

Procuramos apurar junto dos enfermeiros quais, no seu entender, seriam os atuais “obstáculos à notificação” de incidentes e EA. Os resultados permitiram verificar que os fatores, **na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro e se algo acontece com o doente em resultado de um erro, a culpa será atribuída ao enfermeiro**, foram considerados o maior obstáculo à notificação, corroborando os resultados obtidos no estudo realizado por Raimundo e Ribeiro (2012) e revelando uma cultura de culpa instituída na organização. Seguindo a hierarquia de importância dos obstáculos, surgiram, **o receio das advertências se notificarem o erro cometido e o receio das consequências que possam resultar se notificarem um erro**, resultados em consonância com os obtidos em dois outros estudos (Lima, 2011; Raimundo & Ribeiro, 2012), contudo estes fatores não foram considerados obstáculos num estudo com uma amostra de 200 médicos e enfermeiros de quatro hospitais do SNS acreditados ou em processo de acreditação (Bruno, 2010). Obstáculos como: **o ato/sistema de notificação é demasiado detalhado e moroso; desconheço o sistema de notificação; os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes e os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem notificados**, assumem menor importância na decisão de não notificar, corroborando os resultados obtidos no estudo realizado por Raimundo e Ribeiro (2012). No presente estudo, **se um erro for detetado antes de atingir um doente (erro potencial) não existe necessidade de o notificar**, não foi considerado obstáculo, resultado oposto ao encontrado por Bruno (2010), pois **as circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo** foi nesse caso considerado obstáculo à notificação.

Em todos os fatores existem diferenças significativas entre o grupo que os considera obstáculos e o grupo que não os considera obstáculos. Os fatores mais pontuados enquanto obstáculos estão relacionados com as consequências percebidas da notificação. Recordemos a propósito que um dos princípios subjacentes ao sistema de notificação refere que quem notifica não deve ser punido, nem sofrer consequências pelo fato de ter notificado determinado evento adverso, erro, incidente (World Alliance for Patient Safety, 2005).

Os enfermeiros com 13-20 anos de serviço atribuem maior probabilidade dos itens funcionarem enquanto obstáculos do que os enfermeiros com 21 ou mais anos. Os enfermeiros de cuidados gerais, os que concordam com um SNNIEA e não conhecem o SNNIEA da DGS percebem os itens da escala mais próximos dos obstáculos. Para os

enfermeiros que consideram o nível de segurança 'aceitável' os obstáculos à notificação são mais valorizados do que para os enfermeiros que classificam o nível de segurança em 'muito bom/excelente'. No estudo de Raimundo e Ribeiro (2012) apuraram-se outras diferenças, nomeadamente entre os anos de experiência profissional no atual serviço (5-10 anos e mais de 15 anos) e entre os grupos de formação profissional contínua (inexistente/insuficiente vs. boa/muito boa) sobre os erros e a sua prevenção.

No processo de notificação existem alguns fatores que podem incentivar a ação. Dos "fatores facilitadores da notificação" enunciados todos foram considerados como tal por 79,5% dos enfermeiros, com percentagens entre os 71,0% para o relato anónimo e os 88,0% para os benefícios em termos de segurança do doente, associados à notificação. As diferenças entre os grupos que consideram estes fatores como facilitadores e o grupo dos que os não considera facilitadores são significativas.

O fator mais apontado como facilitador da notificação (88,0%) reveste-se de um cariz de elevada responsabilidade profissional visto que os enfermeiros referem que **se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção dos erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização** aumenta a frequência de notificação. **Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho** com 86,0% de respostas e **se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico**, com 82,0%, configuram-se como o segundo e terceiro fator facilitadores da notificação. Embora com percentagens diferentes estes fatores ocupam também as três primeiras posições no estudo de Raimundo e Ribeiro (2012). Curiosamente o fato do processo de notificação ser **anónimo** aparece como o fator menos pontuado enquanto facilitador, resultado corroborado por Raimundo e Ribeiro mas descrito na literatura como aspeto essencial dos sistemas de notificação (World Alliance for Patient Safety, 2005) e adotado em vários sistemas internacionais (Bruno, 2010; Portugal, MS, DGS, 2012c; Portugal, MS, DGS, 2013a). Segundo Bruno (2010), é generalizado o consenso sobre a necessidade dos sistemas de notificação, bem como da garantia de confidencialidade e não punibilidade, sob pena dos mesmos não merecerem a adesão dos profissionais. A autora refere também que em Portugal ainda não existe legislação que assegure os princípios da confidencialidade e não punibilidade. O anonimato dos sistemas embora dificulte a análise das causas raiz (Vincent C. , 2004), vem contornar a ausência de legislação, garantindo a proteção de quem notifica.

Tal como no estudo de Raimundo e Ribeiro (2012), não foram encontrados efeitos das variáveis sociodemográficas e profissionais na identificação dos fatores facilitadores da notificação. Na presente investigação as variáveis cognitivas também não tiveram qualquer

influência. No que diz respeito à “resposta ao erro não punitiva”, a transparência na partilha, livre e desinibida, de informação é, provavelmente, o atributo mais importante de uma cultura de segurança. Os indivíduos devem ser capazes de notificar erros sem medo de punição ou constrangimento, compreendendo que a pergunta não será “Quem falhou?”, mas sim “O que aconteceu?” (Leape, et al., 2009). Nos resultados obtidos verificamos que a percentagem dos que considera que não existe resposta punitiva ao erro é muito baixa (18,6%), aproximando-se apenas dos 21,0% encontrados no estudo realizado por Sousa (2013) e sendo dos resultados mais baixos nos últimos estudos efetuados, 33,0% referenciada no estudo de Pimenta (2013), 41,0% encontrada no estudo de Eiras, et al.(2011), 44,0% no estudo de Sorra, et al.(2014) e 53,0% no estudo realizado por Gama, et al.(2013). O número de enfermeiros que não tem uma opinião formada varia entre os 20,0% e os 30,0%, ligeiramente acima dos 17,0% a 25,0% obtidos por Gama, et al.(2013), mas abaixo dos 35,0% a 38,0% obtidos por Pimenta (2013). Dado todo o contexto desta dimensão, toda a problemática da notificação de eventos e da não culpabilização no contexto da cultura de segurança do doente, esta indecisão poderá ser interpretada como negativa, já que muitas vezes o não ter opinião deve-se na realidade ao receio de punição.

Os profissionais sentem que **quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si e preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal**, com uma taxa de discórdia de apenas 14,2% e 13,7%, respetivamente. Esta realidade verifica-se para ambos os sexos, embora as percentagens sejam superiores no sexo masculino, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados revelam que nesta organização ainda subsiste uma cultura punitiva do erro, cultura que terá de evoluir para que cresça uma cultura de segurança do doente, assente na aprendizagem resultante da comunicação do erro. A baixa percentagem de respostas positivas na “resposta ao erro não punitiva” pode estar intimamente ligada com o decréscimo da frequência de notificação nas situações mais graves e com a baixa taxa anual de notificações. À semelhança dos resultados encontrados no estudo realizado por Sousa (2013), não foi encontrada influência de variáveis independentes nesta dimensão. Assim o sexo, idade, formação académica, experiência profissional, categoria profissional concordância e conhecimento do SNNIEA, não produzem qualquer efeito na “resposta ao erro não punitiva”.

Segurança do doente

A maioria dos enfermeiros considera a segurança do doente no seu serviço ‘aceitável’ (53,0%) e ‘muito boa’ (39,0%), sendo que 71,0% do sexo masculino, classifica a segurança

do doente de 'aceitável' e os restantes de 'muito boa'. Foram encontradas relações de dependência no sexo masculino e categoria aceitável da variável. Em comparação com os estudos mais recentes, obtivemos valores superiores aos 41,0% para 'aceitável' e 36,0% para 'muito boa' encontrados por Sousa (2013) e aos 42,0% para 'aceitável' obtidos no estudo realizado por de Eiras, et al.(2011), neste estudo a percentagem obtida para 'muito bom' foi maior (45,0%). No estudo de Sorra et al.(2014) a perceção sobre o nível de segurança do doente é melhor uma vez que as percentagens obtidas foram de 43,0% para 'muito bom' e 33,0% para 'excelente'. Num outro estudo, o grau de segurança foi avaliado numa escala de 0 a 10, tendo-se obtido a média de 7 o que será equivalente aos nossos resultados (Gama, et al., 2013).

A "perceção geral sobre a segurança do doente" apresentou uma percentagem média de respostas positivas de 59,3%, idêntica à do estudo de Eiras et al. (2011) com 59,0%, inferior à do estudo de Pimenta (2013) com 73,0% e Sorra et al. (2014) com 66,0% e superior ao de Sousa (2013) com 44,0% e ao de Gama, et al.(2013) com 48,0%. Pelo que podemos considerar que a perceção geral sobre a segurança do doente situa-se na média de outros estudos. No que se refere ao item sobre os procedimentos e sistemas eficazes na prevenção do erro, obteve-se a média positiva mais baixa (54%), mesmo assim superior à encontrada por Sousa (2013) com 45,0%, mas inferior à de Gama, et al. (2013) com 65,0% e à de Sorra et al. (2014) com 73,0%.

Os enfermeiros com 21 ou mais anos de experiência profissional têm melhor perceção geral da segurança do doente que os que possuem entre os 13 e os 20 anos de experiência profissional. Os que têm 18 ou mais anos de experiência no hospital têm melhor perceção geral da segurança do doente que os com 10-17 anos e os com 9 ou menos anos de experiência no hospital. Os enfermeiros que consideram que o nível de segurança do doente no seu serviço é 'muito bom' ou 'excelente' têm melhor perceção geral da segurança do doente do que os que consideram o nível de segurança 'aceitável' e 'fraco' ou 'muito fraco'. Os que não concordam com um sistema nacional de notificação têm melhor perceção sobre a segurança geral do doente. Foram também obtidas diferenças significativas nos grupos que registaram, não registaram uma vez, não registaram duas vezes, não registaram três vezes e não registaram quatro ou mais vezes. Nos estudos de Sousa (2013) apenas se encontraram diferenças entre os serviços acreditados e não acreditados, variável não usada no nosso estudo por falta de representatividade.

ESTUDO B (Estudo qualitativo): Perceção dos enfermeiros sobre notificação de incidentes e segurança do doente

CAPÍTULO 5. Metodologia

Neste capítulo pretendemos descrever o percurso metodológico que adotamos para **conhecer a percepção dos enfermeiros do Hospital Amato Lusitano sobre a notificação de incidentes e a segurança do doente**, numa abordagem qualitativa. Abordaremos as questões de investigação, os objetivos a atingir, o desenho da investigação, a caracterização dos participantes no estudo, o instrumento e os procedimentos de recolha de dados e a análise da informação.

5.1. Métodos

Definido o problema é importante especificar as questões de investigação que orientarão a recolha de dados e para as quais tentaremos obter resposta. Com base na literatura disponível e consultada sobre a temática, enunciamos as seguintes **questões**:

- 1 - Qual a atitude dos enfermeiros face à divulgação dos incidentes e EA?
- 2 - Que utilidade tem o sistema de notificação para os enfermeiros?
- 3- Quais os principais incidentes e eventos adversos e os fatores causais?
- 4 - O que pensam os enfermeiros da notificação de incidentes e eventos adversos?
- 5 - Qual a percepção dos enfermeiros sobre a segurança do doente?

Para obter resposta a estas questões recorreremos à realização de entrevistas semiestruturadas com subsequente redução de dados, codificação e análise de conteúdo.

O **objetivo principal** que pretendemos atingir é:

- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre notificação de incidentes, EA e segurança do doente.

Na sequência do objetivo principal definimos como **objetivos específicos**:

- 1 – Identificar a atitude dos enfermeiros quanto à comunicação/notificação de incidentes e eventos adversos;
- 2 – Identificar a utilidade que os enfermeiros atribuem aos sistemas de notificação;

3 – Identificar a causa do erro e os principais incidentes e eventos adversos;

4 – Caracterizar a notificação de incidentes e eventos adversos pelos enfermeiros;

5 – Conhecer a opinião dos enfermeiros quanto ao nível de segurança do doente.

A análise exaustiva da bibliografia encontrada sobre o tema, de forma a ser possível orientar e construir o modelo da investigação foi a nossa primeira preocupação.

Como fontes de informação recorremos a bases de dados científicas, repositórios científicos, livros, periódicos, artigos de revistas científicas, tendo como linha de orientação a notificação de incidentes, eventos adversos e a segurança do doente. Ao longo da pesquisa, encontramos estudos científicos com o objetivo de avaliar a qualidade dos cuidados e cultura de segurança do doente, contudo são escassos os estudos, nacionais e internacionais, que avaliem a problemática da notificação de incidentes e eventos adversos.

A metodologia que decidimos implementar para a realização deste estudo foi determinada pelo problema em análise, as características da população e os objetivos definidos. Considerando o objetivo geral deste estudo, estamos na presença de um estudo de nível um do conhecimento, já que pretendemos descobrir e explorar alguns fatores relativos à notificação de incidentes, EA e à segurança do doente (Fortin, 2009).

Enquanto nos estudos quantitativos são utilizados instrumentos padronizados e validados ou criados pelo investigador e validados, nos planos qualitativos não é possível. Pelo caráter interpretativo inerente à metodologia qualitativa, a recolha e análise de dados são difíceis de formalizar num conjunto de normas aplicáveis a todas as situações de pesquisa. O investigador depara-se com uma atividade diversificada, com problemas inesperados, exigindo deste flexibilidade e capacidade criativa (Coutinho, 2013).

Como técnica de recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada a fim de obter dados comparáveis de diferentes participantes, permitindo recolher a sua opinião sobre a notificação de incidentes, eventos adversos e sobre a segurança do doente no seu local de trabalho. Estes foram analisados e interpretados posteriormente, através da análise de conteúdo. Todas as entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas e confirmadas pelos participantes.

5.2. Seleção e caracterização dos participantes no estudo

Na pesquisa de campo, a amostra a abordar faz parte do conjunto de enfermeiros do HAL. Procurámos de forma intencional, enfermeiros dos diferentes serviços do referido hospital,

com diferentes idades, vínculo e categoria profissional a fim de obter variação máxima e identificar padrões comuns de resposta. A escolha da instituição relaciona-se com o facto de pertencermos à mesma, o que facilitou a identificação dos indivíduos a incluir na amostra e a realização das entrevistas.

Com efeito, pretendíamos variação máxima na amostra a estudar. Assim, os únicos critérios de inclusão que definimos foram: (i) ser enfermeiro; (ii) trabalhar no serviço há pelo menos dois anos.

Realizámos entrevistas semiestruturadas a 18 enfermeiros do HAL com uma média de idades de $38,61 \pm 7,45$ anos, de 16 serviços distintos. Os enfermeiros entrevistados foram maioritariamente do sexo feminino (55,60%). A média etária por sexo foi de $40,80 \pm 7,99$ anos no feminino e $35,88 \pm 6,08$ anos no masculino. O número de anos de experiência profissional no serviço onde atualmente desempenham funções foi, em média, $9,78 \pm 4,43$ anos, variando entre os 3 e os 20 anos. Dos 18 enfermeiros, 4 estão vinculados à instituição por contrato individual de trabalho enquanto os restantes 14 estão vinculados por contrato de trabalho em funções públicas.

O SNNIEA é conhecido apenas por um (1) dos dezoito enfermeiros e apenas um pertence a um serviço certificado. A média de notificações dos doze enfermeiros que o fizeram nos últimos doze meses é de $5,75 \pm 6,27$ incidentes/eventos adversos.

5.3. Instrumento de recolha de dados

Definido o problema, as variáveis, os objetivos, o tipo de estudo e selecionada a amostra, foi necessário escolher o instrumento adequado para a recolha dos dados empíricos. De acordo com o tipo de estudo, a informação desejada e o tipo de análise a efetuar, assim será o método de recolha de dados a utilizar (Coutinho, 2013). Com base nestes pressupostos, decidimos recorrer à entrevista semiestruturada com o objetivo de obter informação sobre a perceção sobre a notificação de incidentes, eventos adversos e sobre segurança do doente.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião (Apêndice B) que permitiu orientar a recolha de dados, sem contudo pretender criar um instrumento rígido, limitativo do pensamento e liberdade de expressão do participante. Com o intuito de atingir os objetivos a que nos propusemos, elaboramos as seguintes questões orientadoras:

- (i) Qual a sua opinião sobre a divulgação de incidentes e de eventos adversos?
- (ii) Qual a utilidade de um sistema de notificação de incidentes e de eventos adversos?

- (iii) Descreva a sua prática de registo de incidentes e de eventos adversos.
- (iv) Como prestador de cuidados de saúde diretos ao utente, quais os fatores e situações que na sua opinião contribuem para a ocorrência de incidentes e eventos adversos?
- (v) O que pensa da segurança do doente no seu hospital?

5.4. Procedimentos éticos e formais

A descrição dos procedimentos adotados para a realização do estudo pretende dar resposta a duas questões, “o quê” e “como” vão ser recolhidos os dados. Estas são questões fundamentais das quais depende a qualidade científica dos resultados e das conclusões do estudo (Freire & Almeida, 2008).

Para a realização do presente estudo foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (Anexo B) e após resposta positiva, foi enviado ofício ao Conselho de Administração da ULSCB no sentido de obter autorização para a realização do mesmo no HAL (Anexo C). Obtida a referida autorização, iniciamos as entrevistas aos enfermeiros que aceitaram participar na investigação e como tal assinaram o consentimento informado (Apêndice C) depois de devidamente esclarecidos.

Os direitos à informação, ao anonimato, à confidencialidade e à liberdade de participação foram desde sempre uma preocupação. Neste sentido, a todos os participantes foi garantido o direito de não participação ou abandono a qualquer momento da investigação, e todos os outros referidos, pois a proteção dos direitos dos participantes num estudo é mais importante do que o próprio paradigma da investigação (Streubert & Carpenter, 2002). Procuramos durante a investigação, não fazer juízos de valor e estabelecer um clima de confiança investigador/participante, não ocultando qualquer informação, pois ocultar algo dos participantes é considerado como uma violação dos direitos das pessoas (Streubert & Carpenter, 2002).

Após as devidas autorizações éticas e cumprindo o requisito da diversidade dos participantes, incluímos na amostra profissionais dos vários serviços do hospital, com diferentes anos de experiência profissional e diferentes funções - desde a prestação à gestão.

As entrevistas foram gravadas num local disponibilizado para o efeito, na própria instituição e em ambiente de privacidade, com pedido prévio de autorização e tendo em consideração os seguintes aspetos:

- apresentação pessoal, da investigação a desenvolver e seus objetivos;

- garantia do anonimato da entrevista e confidencialidade da informação;
- pedido de autorização para gravar a entrevista, garantindo que apenas o investigador teria acesso à gravação e que esta seria apagada assim que fossem recolhidos os dados;
- assinatura do consentimento informado;
- sistematização da entrevista.

Com uma duração média de 20 minutos, as entrevistas foram realizadas no período de 14/11/2013 a 26/11/2013. Após a décima oitava entrevista, constatamos a saturação dos dados pelo que consideramos a amostra suficiente. Apesar do guião elaborado para conduzir a entrevista, a mesma não se cingiu às questões enunciadas. O diálogo foi livre de forma a obter informações que uma entrevista demasiado estruturada poderia ocultar. Tentamos colocar perguntas abertas e claras de forma a ajudar os participantes a descreverem as experiências vividas sem nunca influenciar a conversa.

Tratou-se de um momento de reflexão em que o enfermeiro, sob orientação do investigador explanou experiências vividas, proporcionando informação que de outra forma seria impossível obter, uma vez que podem sempre ser pedidos esclarecimentos adicionais caso a resposta não seja satisfatória (Silverman, 2010).

No âmbito da metodologia qualitativa, a transcrição das entrevistas é um processo que faz a descodificação da linguagem oral para o texto escrito. Com características próprias, a linguagem oral nem sempre segue as mesmas regras do texto escrito. Vários são os recursos da linguagem oral como o uso de termos onomatopéicos, a repetição, a interrupção da frase, privilegiando o fluxo das ideias em detrimento das regras que regem o texto escrito. A transcrição é um processo minucioso e bastante moroso, exigindo várias audições das gravações para evitar o risco de distorções sobre o que foi dito. Procurou-se transcrever e analisar as entrevistas tão próximo quanto possível da sua realização, para que o contexto da mesma ainda presente na memória, garantisse uma transcrição tão fidedigna quanto possível.

Foi posteriormente solicitado a cada um dos participantes que lesse e validasse a sua entrevista, com o objetivo de confrontar o que tinham dito com o que escrevemos. Neste processo, não houve necessidade de alterar o conteúdo das entrevistas, visto que todas foram validadas.

Visando a fluidez e a clareza do texto, foram eliminadas palavras soltas sem significado, repetições excessivas, onomatopeias. À medida que se realizavam e transcreviam as

entrevistas, foram sendo identificadas por números inteiros E_1 ; E_2 , E_3consecutivamente até E_{18} .

5.5. Procedimentos de análise da informação

Ao contrário do que sucede na investigação quantitativa as fases de recolha e análise de dados não são na investigação qualitativa fases distintas, uma vez que ambas se afetam mutuamente e se completam. Segundo Coutinho (2013), existem diferentes abordagens à recolha e interpretação de dados em estudos qualitativos, sendo característica comum a análise incidir sobre palavras, tratando-se assim de análise textual.

A grande quantidade de informação obtida necessita de ser organizada e reduzida por forma a possibilitar a interpretação do fenómeno em estudo, trata-se da codificação. Os dados recolhidos são analisados (redução de dados) emergindo desta análise as categorias, baseadas em padrões comuns de pensamento ou comportamento (Coutinho, 2013).

Existem dois tipos de análise de conteúdo, diferenciando-se pela pré definição, ou não de categorias antes da análise. No primeiro caso, a análise está associada a um quadro teórico que a sustém, no segundo não existe um quadro teórico preestabelecido, assumindo por isso um carácter puramente exploratório (Coutinho, 2013). Este estudo enquadra-se no primeiro caso, pois a categorização foi baseada na teorização sobre a temática, no entanto estas categorias foram reestruturadas de acordo com a frequência das unidades de análise/unidades de registo (secções de texto com sentido completo e pertinente para o objetivo do estudo).

Identificadas as unidades de registo, procedemos à sua enumeração e agrupamento em subcategorias e estas em categorias.

Estabelecidas as categorias passamos ao tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação, onde se pretende verificar a relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, procurando as semelhanças entre ambos e os conceitos unificadores.

CAPÍTULO 6. Apresentação e discussão dos resultados

Da análise das entrevistas emergiram domínios, categorias e subcategorias relativos a cinco grandes áreas temáticas:

1. Divulgação de incidentes e eventos adversos;
2. Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos;
3. Os incidentes e eventos adversos;
4. A notificação dos incidentes e eventos adversos;
5. A segurança do doente

Para melhor se compreender o processo elaboramos um esquema com a estrutura do fenómeno, onde se englobam todas as codificações (cf. figura 4).

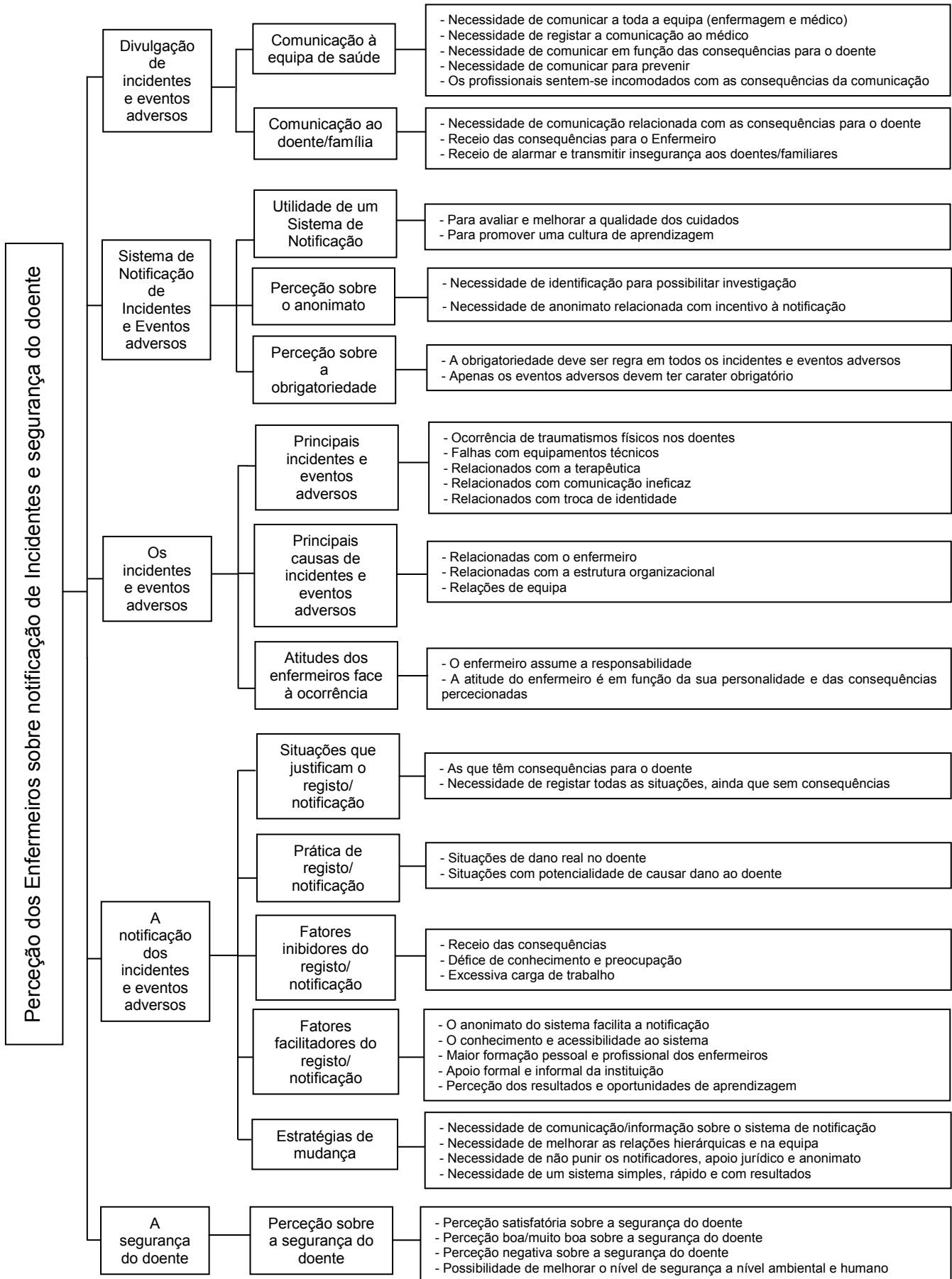


Figura 4: Estrutura do fenómeno

6.1. Divulgação de incidentes e eventos adversos

O primeiro grande domínio refere-se à divulgação **de incidentes e eventos adversos** e divide-se em duas categorias (cf. figura 5)

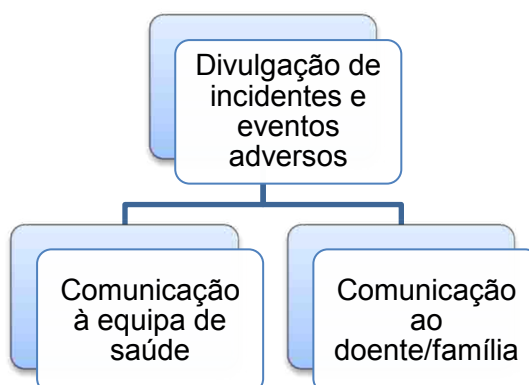


Figura 5: Categorização da divulgação de incidentes e eventos adversos

Comunicação à equipa de saúde	F
- Necessidade de comunicar a toda a equipa (enfermagem e médico)	16
- Necessidade de registar a comunicação ao médico	1
- Necessidade de comunicar em função das consequências para o doente	6
- Necessidade de comunicar para prevenir	5
- Os profissionais sentem-se incomodados com as consequências da comunicação	3

Necessidade de comunicar com toda a equipa

A maioria dos participantes sente necessidade de comunicar à restante equipa, os incidentes e EA ocorridos. Como refere o participante E₁ *“tem de ser comunicado e tem de ser registado”*, o participante E₂ acrescenta que *“(…) uma situação de erro ou de incidente deve ser comunicado a toda a equipa, equipa de enfermeiros e médicos”*. O participante E₈, salienta que a passagem de turno é um momento privilegiado de comunicação *“(…) acabamos sempre por comunicar em passagem de turno, sempre que ocorre, comunicamos em passagem de turno”*. A comunicação de incidentes no seio da equipa reúne consenso generalizado.

Necessidade de registar a comunicação ao médico

A comunicação de incidentes e eventos adversos ao médico, é um procedimento habitual para os enfermeiros, como refere E₁, *“(…) a notificação (…), nomeadamente ao médico,*

neste caso, que é quem temos de informar". Porém, outros consideram que a comunicação ao médico deve apenas ser feita se houver danos para o doente e necessidade de realizar exames auxiliares de diagnóstico, como se depreende das palavras de E₈, *"Em algumas situações poder-se-á, se acharmos necessário, comunicar ao médico. Se for realmente... que prejudique o doente, sim, tem que se comunicar (...), tem que se comunicar ao médico porque é ele que pede esse tipo de exames"*. No processo de comunicação ao médico E₁ salienta *"Quando se faz o contacto através de telefone, regista-se que foi telefonicamente informado para que não haja informações dúbias"*. O registo da comunicação dos incidentes ou EA assume assim, um carácter de vinculação dos profissionais envolvidos.

Necessidade de comunicar em função das consequências para o doente

As consequências para o doente são referidas por seis participantes quando questionados sobre a comunicação dos incidentes à equipa de saúde. Para dois participantes só é importante comunicar se houver danos, para outros dois é importante comunicar para minimizar as consequências e é convicção de mais dois que a comunicação deve ser sempre efetuada independentemente dos danos para o doente.

A gravidade do dano provocado ao doente aumenta a frequência de notificação (Bruno, 2010; Lima, 2011), como refere E₈ *"se for realmente... que prejudique o doente, sim, tem que ser comunicado (...)"*. Por vezes, após ocorrência do incidente ou EA é possível desenvolver ações que permitam minimizar o dano, neste caso como descreve E₇ a comunicação à restante equipa deve ser sempre efetuada *"(...) porque em situações em que ainda se pode, de alguma maneira atenuar aquilo que foi feito (...) conseguimos chegar a um consenso e a melhores resultados (...)"*. Porém o participante E₂ salienta que *"Independentemente de haver danos fatais ou não para o doente, o erro deve ser comunicado (...)"*, o que realça a importância de comunicar pela aprendizagem que daí possa advir.

Necessidade de comunicar para prevenir

O desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com os erros, ainda que não afetem os doentes, já era na declaração do Luxemburgo uma recomendação às autoridades nacionais (Comissão Europeia, 2005). Só é possível prevenir a ocorrência do erro se as suas causas forem conhecidas e para que isso aconteça é fundamental que incidentes e EA sejam comunicados. Para 6 participantes é evidente que, *"a lógica da notificação é para que depois possamos ter alguma melhoria (...) para que se possam instituir medidas, para corrigir e evitar os mesmos eventos"* E₁₄.

Os profissionais sentem-se incomodados com as consequências da comunicação

A cultura de culpa e vergonha torna-se evidente quando E₃ refere que “(...) *as pessoas por norma sentem-se incomodadas com este tipo de situações*”. Uma das recomendações da Comissão Europeia desde a declaração do Luxemburgo em 2005, vai no sentido de abandonar a cultura de culpa e consequente punição, todavia esta ainda é uma realidade em muitas organizações portuguesas, como constataram os estudos de Bruno (2010) e Eiras et al. (2011). Este sentimento é complementado na descrição do participante E₁₄, ao referir que “(...) *a questão é que nós ainda temos muito medo. (...) ainda há muito a cultura do medo e da repressão*”.

Comunicação ao doente/família	F
- Necessidade de comunicação relacionada com as consequências para o doente	16
- Receio das consequências para o Enfermeiro	3
- Receio de alarmar e transmitir insegurança aos doentes/familiares	5

Se a comunicação de incidentes e EA entre pares é um procedimento aceite pela maioria dos participantes, embora a prática não seja comum, a comunicação desses acontecimentos aos doentes e familiares é matéria mais sensível.

Necessidade de comunicação relacionada com as consequências para o doente

A maioria dos participantes (dez) descreve que só terá sentido comunicar ao doente e familiares se existir dano, contudo cinco participantes defendem que deve ser sempre comunicado independentemente das consequências e um refere que em caso de dano deve ser ponderado em equipa.

A comunicação de incidentes e EA ao doente tem sido objeto de vários estudos internacionais. Numa revisão sistemática O'Connor, et al. (2010) concluíram que os médicos estão recetivos à divulgação de incidentes com dano ou sem dano, contudo a realidade ainda não é esta. Noutro estudo efetuado em dois momentos (1999-2001 e 2008-2009) constataram que a percentagem de médicos dispostos a divulgar o erro subiu de 38% para 71%, relativamente a danos não permanentes e de 29% para 55% face a danos permanentes (Varjavand, Bachegowda, Gracely, & Novack, 2012). Os participantes no nosso estudo referem que, “(...) *deve-se comunicar e por norma comunicamos (...) quando fica o doente com alguma alteração, (...)*” E₁, mas “(...) *dependendo de situação para situação, a informação deve ser ajustada*” E₁₃ e também “(...) *depende de cada doente, o que é que se ganha e o que é que se perde*” E₁₇. Por outro lado E₁₆ refere que “(...) *em*

conjunto é que decidimos (...)”, remetendo a decisão de comunicar ou não o incidente para a equipa multidisciplinar, o que corrobora os resultados apresentados por O'Connor, et al. (2010), relativamente á divulgação pelos enfermeiros, de incidentes com danos graves ou provocados por outros profissionais.

Receio das consequências para o Enfermeiro

A comunicação dos incidentes e EA ao doente e familiares pode ter dois efeitos opostos. Uma comunicação transparente, empática e acompanhada de um pedido de desculpas pode diminuir o nível de stresse dos doentes/famílias e o número de participações destes. Por outro lado, uma comunicação menos conseguida ou não percebida pelo doente/famílias, pode originar processos judiciais (O'Connor, et al., 2010). No estudo que efetuamos está patente o receio de consequências se o erro for divulgado, senão vejamos os seguintes relatos: *“(...) a cultura portuguesa não está preparada para isso e assume que os profissionais de saúde não devem falhar (...), às vezes a família pode exagerar e usufruir disso como uma mais-valia a nível de tribunal e mesmo penalizar gravemente o profissional de saúde (...)*” E₂; *“Penso que os profissionais vão evitar comunicar, pois têm medo de algum processo”* E₁₄. Estas descrições comprovam que o medo de punição ainda é uma barreira à divulgação do erro, tal como se refere no estudo de O'Connor, et al.(2010), onde o medo de perder reputação ou ser afetado na progressão na carreira e a possibilidade do aumento dos custos de litígio, são barreiras à divulgação dos incidentes e EA. O medo de um proceso judicial decresceu de 70% em 1999-2001 para 52% em 2008-2009, mas continua a ser uma importante barreira à divulgação dos incidentes e EA (Varjavand, et al., 2012).

Receio de alarmar e transmitir insegurança aos doentes/famíliares

Da análise das entrevistas fica patente que para cinco participantes os incidentes que não causam dano não devem ser comunicados ao doente e famílias, pois isso apenas serviria para alarmar e causar insegurança. O participante E₅ descreve muito bem esse receio ao afirmar, *“(...) se não trouxer danos de maior, eu penso que não vale a pena, vamos criar ali alguma insegurança (...) o que os pode levar a pensar: “se calhar não estou a ser bem cuidado, ou que até trocaram isto”*”. Outros participantes falam na necessidade de não ser alarmista, caso o incidente não cause dano, exemplo disso é a seguinte descrição: *“No caso de não ter acontecido nada ao doente, não devemos ser alarmistas e nesse caso não há necessidade de comunicar ao doente ou família”* E₇. A necessidade de não alarmar se o incidente não atingiu o doente é defendida por alguns doentes, pois isso poderia despertar-lhes a atenção para a procura de incidentes, criando alguma desconfiança e gerando

mesmo alguma perturbação (O'Connor, et al., 2010). Realidade não avaliada no presente estudo.

6.2. Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos

O segundo domínio que surgiu da análise de conteúdo das entrevistas foi o **sistema de notificação de incidentes e eventos adversos** que se divide em três categorias, como apresentado na figura 6.

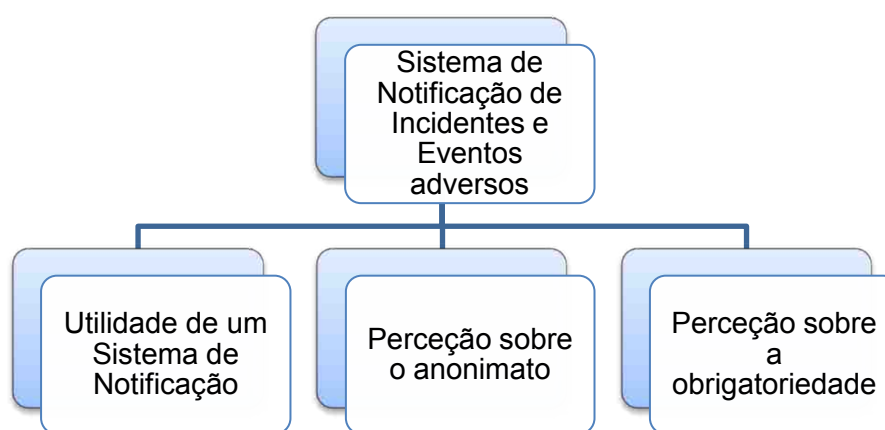


Figura 6: Categorização do sistema de notificação de incidentes e eventos adversos

Utilidade de um sistema de notificação	F
- Para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados	11
- Para promover uma cultura de aprendizagem	8

Para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados

A melhoria da cultura de segurança do doente é um imperativo e prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Portugal, MS, DGS, 2014b). Um sistema de notificação de incidentes permite registar e contabilizar os incidentes e analisar as suas causas, originando o desenvolvimento de medidas corretivas que em última análise incrementam a qualidade dos cuidados. Vários participantes neste estudo acreditam que a existência de um sistema de notificação permite fazer o diagnóstico do problema atual e das áreas a melhorar, como se confirma pela seguinte descrição: “(...) *deve existir uma plataforma a nível interno ou a nível nacional, nem que seja para fazer uma estatística desses eventos e ver a qualidade e poder comparar instituições (...) é importante assumir e notificar os erros para que no futuro possam ser corrigidos*” E₉.

Para promover uma cultura de aprendizagem

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina, a criação de um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo, mas educativo, permitindo a aprendizagem com o erro (Portugal, MS, DGS, 2014b). Ao referir que *“até em termos de formação pode ser útil”*, E₉ salienta o papel que estes sistemas devem ter na aprendizagem. Ainda quanto à aprendizagem, E₁₁ refere que *“(...) poderão ser criadas, (...), algumas normas a que se possa dar cumprimento de forma a dar suporte aos profissionais para evitarem essas situações”*.

Perceção sobre o anonimato	F
- Necessidade de identificação para possibilitar investigação	9
- Necessidade de anonimato relacionada com incentivo à notificação	9

Necessidade de identificação para possibilitar investigação

A necessidade de análise das causas raiz dos incidentes e EA é um processo fulcral para desencadear ações corretivas, prevenindo que os mesmos ocorram no futuro. Segundo Vincent (2004), o anonimato dificulta a investigação. Contudo o anonimato parece não ser a condição mais importante para os notificadores, como confirmam Raimundo e Ribeiro (2012). Na nossa amostra, metade dos participantes defende que o processo não deve ser anónimo pois assim *“(...) é possível perceber o que aconteceu e como corrigir”* E₉ e *“(...) verificar o que está a acontecer a este serviço, muitas vezes podem ser condições do hospital que possam promover esses eventos (...)”* E₁. Todavia quatro participantes consideram também, que não deve ser anónimo porque o profissional deve assumir responsabilidade pelos seus atos. Respondendo à questão relativa ao anonimato do sistema de notificação, com *“Acho que não, acho que os erros devem ser assumidos”* E₁₅ ou *“Não, acho que a pessoa poderia ser identificada, (...) acho que devemos comunicar aos outros colegas aquilo que nós próprios fazemos, quando é algo menos correto (...)”* E₁₈.

Necessidade de anonimato relacionada com incentivo à notificação

Descrito como fator facilitador da notificação (World Alliance for Patient Safety, 2005), o anonimato foi adotado no sistema nacional de notificação (Portugal, MS, DGS, 2012c). Foi também este o entendimento de metade dos participantes que entrevistamos, considerando que *“(...) o facto da pessoa ser identificada poderá condicionar a comunicação, por isso penso que devem ser anónimos (...)”* E₃, ou que *“(...) o anonimato é só para deixar as pessoas um pouco mais à vontade (...) eu acho que o anonimato, até certo ponto, pode ser*

benéfico, o estar a dizer quem foi tem sempre ali um peso, um bocadinho complicado e que inibe as pessoas e deixa-as um bocadinho de pé atrás” E₅. Nestas declarações identificamos claramente o receio da identificação de quem faz a notificação. Quando a DGS decidiu que o sistema seria anónimo foi no intuito de minimizar este medo, incentivando a notificação, até porque em Portugal ainda não existe enquadramento jurídico que assegure os princípios da confidencialidade e da não punibilidade (Bruno, 2010).

Perceção sobre a obrigatoriedade	F
- A obrigatoriedade deve ser regra em todos os incidentes e eventos adversos	15
- Apenas os eventos adversos devem ter carácter obrigatório	3

A obrigatoriedade deve ser regra em todos os incidentes e eventos adversos

A obrigatoriedade de existência de um sistema de notificação que exija que os acontecimentos não desejados sejam notificados é uma necessidade para a totalidade dos participantes, embora três o considerem apenas para EA, resultados concordantes com os obtidos por Bruno (2010) e Lima (2011). Os participantes revelam esta necessidade ao afirmarem que “(...) *devem ser obrigatórios e deveriam notificar-se todos os casos, cause ou não dano ao doente*” E₈ ou “*Deveria ser obrigatório, até pela questão da qualidade e de acreditação, julgo que seja o caminho a seguir*” E₁₃. Se temos como meta a melhoria da qualidade assistencial de enfermagem, isso faz parte do que se preconiza. Estas revelações demonstram que os enfermeiros preocupam-se com a existência de políticas e estratégias que concorram para a segurança do doente e melhoria contínua da qualidade.

Apenas os eventos adversos devem ter carácter obrigatório

Para três dos participantes só fará sentido notificar os EA, ou seja os incidentes que provocam dano, “(...) *devem existir sistemas de notificação, mas para notificar apenas as situações que causem dano ao doente(...)*” E₆. Se assim fosse os incidentes e aqueles que não chegaram a ser incidentes porque foram detetados antes ficariam esquecidos, o que diminuiria potencialidade de implementar medidas preventivas e mecanismos de aprendizagem.

6.3. Os incidentes e eventos adversos

Os **incidentes e eventos adversos** foi outro domínio que emergiu da análise de conteúdo das entrevistas, dividindo-se por sua vez em três categorias, como representa a figura 7.

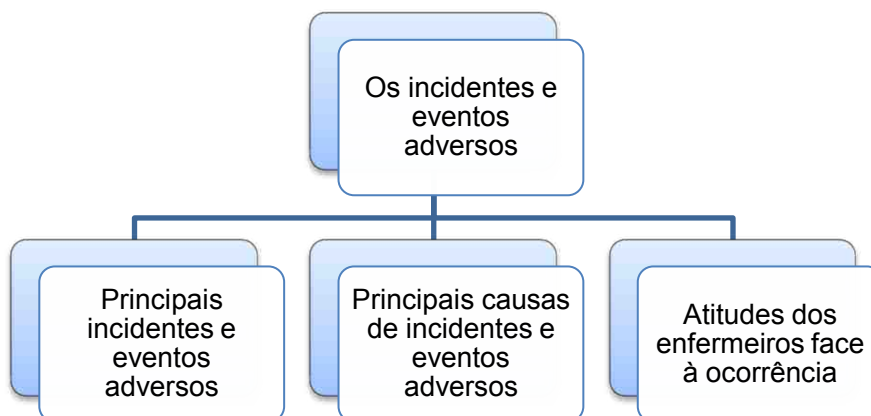


Figura 7: Categorização dos incidentes e eventos adversos

Principais incidentes e eventos adversos	F
- Ocorrência de traumatismos físicos nos doentes	10
- Falhas com equipamentos técnicos	3
- Relacionados com a terapêutica	11
- Relacionados com comunicação ineficaz	5
- Relacionados com troca de identidade	3

Ocorrência de traumatismos físicos nos doentes

O sistema nacional de notificação é composto por 15 tipologias de incidentes que correspondem às 13 tipologias da estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente, sendo que, pela sua importância, se adicionaram as quedas e as úlceras de pressão (Portugal, MS, DGS, DQS, 2014b). A ocorrência de lesões físicas nas instituições de saúde, não pode ser considerado um acontecimento normal, contudo 10 dos enfermeiros deste estudo descrevem-no como uma realidade. Para E₁ “(...) *as quedas, sem dúvida, se calhar, não digo o único, mas o principal*”. Já E₈ considera que embora os incidentes mais frequentes se relacionem com terapêutica “(...) *com menos frequência será a queda de doentes agitados (...) outra situação serão as úlceras de pressão*”. Estas afirmações confirmam a importância que estes acontecimentos têm, principalmente pela sua frequência.

Falhas com equipamentos técnicos

As “(...) falhas com materiais, falhas de sistemas informáticos” E₁₄, a “(...) troca de um dialisador” ainda que “(...) nada que prejudique diretamente o doente” E₂ ou “às vezes não ter o material preparado em tempo útil” E₁₂, são acontecimentos que podem em algumas circunstâncias provocar a ocorrência de incidentes ou EA. Estamos na presença de falhas latentes do sistema que se revelam em determinadas circunstâncias (Serranheira, et al., 2009).

Relacionados com a terapêutica

Todos os estudos analisados referem os erros de medicação como uma das tipologias mais frequentes de incidentes e EA (Andrés, et al., 2006; Portugal, MS, DGS, 2014a; Leape, et al., 1991; Rodríguez-Suárez, et al., 2012; Thomas, et al., 2000). Os participantes no nosso estudo destacam esta tipologia como a mais frequente, descrevendo que “(...) o mais frequente de todos é realmente na administração de terapêutica. Os enganos na medicação. Há pouquíssimo tempo aconteceu precisamente uma situação de erro de dosagem, não traz consequências para o doente, (...) mas de qualquer forma foi identificado e foi passado, (...) foi corrigido logo na altura e resolveu-se” E₈. O que revela que existe preocupação em aprender e corrigir os processos que levam ao erro. Também o “(...) erro de prescrição (...) é frequente, mas também não sei dizer quantas vezes... acontece muitas vezes não estar adequado ao doente ou por exemplo, o doente já não ter acessos endovenosos e eles mantêm a prescrição durante N tempo” E₆. Esta descrição revela alguma falha de comunicação entre quem deteta e quem prescreve.

Relacionados com comunicação ineficaz

As falhas na comunicação são uma das principais causas de diminuição da qualidade, da ocorrência de erros no tratamento e de danos potenciais para o doente (Who, 2007). Neste sentido E₇ alerta que “por vezes, não passamos a informação mais correta, relativa à medicação do domicílio e torna-se um pouco difícil controlar a medicação que os doentes trazem de casa com a medicação que está prescrita e isso pode trazer algumas alterações no doente”. São cinco os participantes que descrevem incidentes relacionados com falhas de comunicação, o testemunho aqui transcrito é bem representativo desta realidade.

Relacionados com troca de identidade

Preocupada com os erros de identificação dos doentes a DGS emitiu em 2011 uma orientação relativa à identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde (Portugal, MS, DGS, DQS, 2011c). Apesar da referida orientação e da preocupação dos

profissionais com a forma de identificação dos doentes as trocas de identidades ainda se verificam, como se infere das descrições feitas por três participantes. Transcrevemos a descrição de E₁₇, como exemplo: “(...) *vão havendo incidentes, por exemplo um registo feito num processo que não é relativo a esse doente, uma eventual troca de medicação, que não é muito frequente, é pouco frequente, mas não vamos dizer que não possa existir (...)*”

Principais causas de incidentes e eventos adversos	F
- Relacionadas com o enfermeiro	12
- Relacionadas com a estrutura organizacional	13
- Relações de equipa	4

Relacionadas com o enfermeiro

Na raiz da causa de cada incidente ou EA podem estar múltiplos fatores. Da leitura das entrevistas efetuadas, individualizamos três, o humano, o organizacional e o relacional. As características individuais e/ou sociais dos intervenientes no processo de prestação dos cuidados de saúde são elementos a considerar na análise das situações que originam acontecimentos adversos (Serranheira, et al., 2009). Neste estudo 12 participantes consideraram que algumas características dos enfermeiros estão na origem de incidentes e EA. A “*desmotivação relacionada com a carreira, cada vez pagam menos e vimos para cá... mesmo que gostemos da profissão, não somos valorizados*” E₁₄ e outros fatores relacionados com o ser humano como: “*o cansaço, o stresse próprio do profissional de enfermagem, muitas vezes a falta de conhecimentos (...)*” E₁₁ ou “*(...) a distração (...)*” E₅ e o “*(...) automatismo (...)*” E₂, são fatores salientados pelos participantes. Nos estudos que analisámos, estes não foram os fatores mais importantes enquanto causas de erro, todavia tiveram grande frequência na amostra estudada.

Relacionadas com a estrutura organizacional

Outra área que segundo os participantes pode estar na origem de incidentes e EA relaciona-se com a estrutura organizacional do trabalho. Os entrevistados descrevem que: “*(...) o excesso de trabalho pode estar na origem de quedas, por exemplo. (...) a identificação dos doentes e quanto a isso penso que deveria haver alguma coisa que identificasse o doente ao longo do internamento (...) em relação à medicação, existem problemas com a unidose, alteração de terapêutica não comunicada (...)*” E₁ e “*quando estamos de medicação, toda a gente conversa connosco, nunca deveria ocorrer (...) quanto às úlceras, uma ineficaz implementação das escalas que existem*” E₈. Estas descrições revelam aspetos organizativos com potencial de correção no sentido de melhorar a segurança do doente.

Outros estudos revelaram questões de organização como causas primárias de erro, como o deficiente rácio profissional de enfermagem doente e a carência de recursos humanos no hospital (Lima, 2011) ou a falta de enfermeiros e interrupções durante a preparação de um medicamento (Raimundo & Dias, 2012).

Relações de equipa

A comunicação e a colaboração ineficiente, são causas não descuradas por quatro dos participantes, revelando com declarações como “(...) *não há muita colaboração entre auxiliares e enfermeiros e as coisas às vezes...*” E₁₅ e afirmando que “(...) *a falta de comunicação (...)*” E₁₈, que existe alguma dificuldade de cooperação entre profissionais de saúde. As falhas de comunicação estão entre as três causas primárias de erro mais apontadas (Lima, 2011).

Atitudes dos enfermeiros face à ocorrência	F
- O enfermeiro assume a responsabilidade	9
- A atitude do enfermeiro é em função da sua personalidade e das consequências percebidas	12

O enfermeiro assume a responsabilidade

Grande parte dos enfermeiros entrevistados tem consciência da sua responsabilidade e assume os seus erros até porque é uma forma de minimizar a angústia e sentimento de culpa pelo que aconteceu. Como refere E₂, “(...) *quando erro, normalmente tenho sempre um grande peso de consciência e sou logo a primeira pessoa (...) a dizer que errei e tento corrigir (...)*” Este sentimento foi também identificado por O'Connor, et al. (2010).

No seu estudo Eiras et al.(2011) concluíram que a abertura na comunicação ainda carece de melhorias, obtendo uma percentagem de 52% de respostas positivas. Embora os enfermeiros tenham uma atitude positiva face ao erro, a sua ação pode variar de acordo com o supervisor e a maior ou menor abertura na comunicação existente na organização. A este respeito dois entrevistados consideraram que “*aqui é um pouco difícil não admitir, pois o chefe controla tudo*” E₆ e que “(...) *acho que há um bocado de renitência, se calhar é mais fácil comunicar a um colega e tentar resolver a coisa com o colega do que chegar à hierarquia mais próxima*” E₁₂, revelando assim alguma dificuldade na relação hierárquica.

Pelo número de notificações reais obtidas em vários estudos (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Lima, 2011), podemos concluir que embora se assumam os erros, estes são pouco notificados.

A atitude do enfermeiro é em função da sua personalidade e das consequências percebidas

A personalidade do profissional é referida como um modulador da sua atitude face à ocorrência de incidentes e EA. Para E₃ “(...) apenas uma pequena parte o admite e penso que mesmo esses terão dificuldade em comunicá-lo aos seus superiores”, E₁₀ refere que “(...) depende da pessoa, depende da personalidade de cada um, se é uma pessoa que por norma é orgulhosa não vai admitir que fez um erro”. Por outro lado a responsabilidade profissional enraizada nos enfermeiros leva-os a experienciar sentimentos de culpa quando algum erro acontece, dificultando a sua comunicação. A quebra de confiança na competência profissional perante a equipa e mesmo perante o doente é um dos fatores que leva à não divulgação do erro (O'Connor, et al., 2010). A este propósito E₈ refere que “Eu vejo muitos enfermeiros a “torturarem-se” às vezes por pequenos erros que cometem no dia a dia (...) acrescentando que “Têm é dificuldade em admitir os erros por causa da grande responsabilidade que sentem na execução das suas tarefas (...).

Se existem pessoas que encontram na divulgação do erro uma forma de minimizar o seu sentimento de culpa, outras há que por receio de punição ou falta de abertura na comunicação com os pares ou superiores não conseguem expressar o que aconteceu e vivem na angústia e auto culpabilização. A frustração da falha, os sentimentos morais pelo dano causado, os receios de punição associados ao receio pela saúde do doente colocam o profissional de saúde (segunda vítima) num contexto de enorme ansiedade (Fragata, 2010). A descrição seguinte ilustra bem este problema: “Dependendo de quem for o responsável, assim é a abertura que tu tens para chegar a essa pessoa e dizer, aconteceu-me isto. Se tu tens do outro lado uma pessoa (...) que a atitude é severa, é punitiva (...) só se de todo não puderes é que não escondes, certo?

6.4. A notificação dos incidentes e eventos adversos

A figura 8 apresenta as cinco categorias do domínio da **notificação dos incidentes e eventos adversos**.



Figura 8: Categorização da notificação dos incidentes e eventos adversos

Situações que justificam o registo/notificação	F
- As que têm consequências para o doente	8
- Necessidade de registar todas as situações, ainda que sem consequências	10

As que têm consequências para o doente

Em concordância com o descrito na literatura (Conselho Europeu, 2009), a maioria dos participantes neste estudo considera que todas as situações com ou sem consequências para o doente, justificam a notificação. Contudo, existe um número significativo de participantes que apontam diversas razões para que se notifiquem apenas situações causadoras de dano no doente. Para E₁₀ não se devem notificar todas as situações “*porque senão cai-se na banalidade, mas aquelas que afetam com alguma gravidade o doente, sim*”, E₁₃ refere que se devem notificar apenas “*situações graves, que impliquem perigo para a saúde do doente*” e E₁₇ considera que devem ser notificados “*apenas eventos adversos (...), os incidentes penso que podem ser debatidos em equipa para melhorar a prestação de cuidados*”. Como as situações que afetam com gravidade o doente não são as mais frequentes, porque os mecanismos de segurança (modelo de Reason) não o permitem, estaríamos deste modo a desperdiçar oportunidades únicas de aprendizagem, desperdiçando informação que nos ajudaria a perceber porque determinado acontecimento não gerou um EA.

Necessidade de registar todas as situações, ainda que sem consequências

Em oposição aos que consideram que apenas se devem notificar situações causadoras de dano estão aqueles que concordam com os princípios das recomendações internacionais (OMS e Conselho Europeu). Todas as situações com potencialidade para afetar a segurança do doente devem ser notificadas, para que se possa construir uma cultura de aprendizagem com o erro e consequentemente melhorar a segurança do doente. São várias as opiniões favoráveis a este princípio, E₁ refere que *“devem ser registadas, para haver também um alerta e para se tentar precaver futuras ocorrências, (...) pode não ter agora, hoje, uma consequência direta ou grave para aquele doente, mas poderá ter futuramente noutra e noutras condições (...)”*; também E₄ responde à questão com, *“eu penso que sim, mesmo as que não provocam dano (...) para corrigirmos o nosso modo de atuação”*. Estas declarações representam a opinião de dez participantes, que por sua vez é concordante com o objetivo dos sistemas de notificação preconizados pela OMS e Conselho Europeu e implementado pela DGS em Portugal.

Prática de registo/notificação	F
- Situações de dano real no doente	11
- Situações com potencialidade de causar dano ao doente	7

Situações de dano real no doente

Questionámos os profissionais de enfermagem sobre a sua prática de registo/notificação. Ao contrário do que afirmaram ser a boa prática (na questão anterior), a maioria regista apenas as situações que causam dano ao doente, onde as quedas e as reações adversas são situações nomeadas por cinco e três participantes, respetivamente. Na sua descrição E₉ salienta claramente, *“(...) por exemplo uma queda, é comunicado ao médico, (...) e é registado no processo a situação e o que foi feito”*. Em relação às reações adversas E₁₂ responde que regista *“reações adversas que o doente tenha feito à terapêutica”*. Outros participantes fazem referência a registo de situações que causem dano sem especificar.

Situações com potencialidade de causar dano ao doente

Apenas sete participantes relatam que a sua prática de registo engloba também as situações que embora não causem dano ao doente têm potencialidade para o fazer. O participante E₄ diz-nos *“Só registo os incidentes que ocorrem comigo (...), em relação ao tipo de ocorrência, regista “Os que causam dano e os que não causam dano, a minha*

prática é registar tudo e comunicar ao médico”. A julgar pelas respostas dadas à questão sobre o que deve ser registado/notificado, seria de esperar um maior número de enfermeiros com prática de registo de todas as situações. Na realidade existe um desfasamento entre aquilo que se pensa e aquilo que se faz, que poderá ser reflexo do efeito de fatores de inibição da notificação como por exemplo, o medo de ser punido.

Fatores inibidores do registo/notificação	F
- Receio das consequências	15
- Défice de conhecimento e preocupação	2
- Excessiva carga de trabalho	2

Receio das consequências

Solicitou-se aos participantes para identificarem fatores que produzissem um efeito inibidor do registo/notificação. Para a maioria dos participantes (15), o receio das consequências pessoais que a notificação pode originar é a principal causa de bloqueio. Os participantes referiram que “(...) *o medo de represálias, o medo de serem chamados à atenção pelos superiores, o medo de que haja conhecimento por parte do doente (...)*” E₄, “(...) *o receio de serem penalizados, sejam apontados, medo de ser classificado de incompetente*” E₁₆, “(...) *o medo do reconhecimento do erro, a pessoa erra e tem um bocado de receio de ao escrever, estar a admitir que fez um erro, ainda que o tenha resolvido, pode demonstrar falta de profissionalismo*” E₁₀, são fatores de inibição. O medo de punição, o receio do julgamento dos colegas e a vergonha estão implícitos nesta descrição e estão em consonância com os resultados de Lima (2011), onde o receio de consequências como um processo disciplinar ou de uma ação judicial aparece em primeiro lugar.

Défice de conhecimento e preocupação

A política institucional de segurança do doente tem de ser efetiva, as instituições não se podem preocupar com estas questões apenas quando algum problema surge. Tal como recomendado pelo Conselho Europeu (2009), é necessário formar os profissionais em segurança do doente, para que as falhas de segurança sejam minimizadas e o desconhecimento não seja a regra. Da análise das entrevistas efetuadas, comprova-se que para dois entrevistados o défice de conhecimento é um obstáculo à notificação. A este propósito E₁₇ afirma que “(...) *O esquecimento e (...) o desconhecimento das pessoas, também não saberem onde é que se dirigem, o que é que preenchem, não terem conhecimento dessa situação*”. O que revela que existe desconhecimento dos mecanismos de notificação, realidade também verificada por Raimundo e Ribeiro (2012).

Excessiva carga de trabalho

Nesta unidade de registo incluímos o excesso de trabalho e o trabalho acrescido no registo, que foram mencionados por dois participantes nas entrevistas. O participante E₃ refere-se ao “(...) trabalho acrescido que é fazer esse tipo de notificações, se as coisas não forem simples e ágeis”, já E₇ salienta, “Uma pessoa tem tanto que fazer, tanto que registar, que no momento de fazer o registo, pode por lapso não o fazer”. Estas descrições são reveladoras de que um sistema demasiado detalhado e moroso não é facilitador da notificação, querendo-se assim sistemas ágeis e rápidos.

Fatores facilitadores do registo/notificação	F
- O anonimato do sistema facilita a notificação	9
- O conhecimento e acessibilidade ao sistema	5
- Maior formação pessoal e profissional dos enfermeiros	1
- Apoio formal e informal da instituição	4
- Perceção dos resultados e oportunidades de aprendizagem	8

O anonimato do sistema facilita a notificação

O anonimato do notificador foi o mais representativo dos cinco fatores identificados pelos participantes, enquanto facilitadores da notificação. A este propósito os enfermeiros referem que seria facilitador, “a existência de um sistema anónimo” E₁ ou “Acho que será sempre mais fácil uma comunicação anónima” E₃. Este resultado está de acordo com as recomendações da *World Alliance for Patient Safety* (2005), mas afasta-se dos resultados de Raimundo e Ribeiro (2012) onde o anonimato foi o menos pontuado. É plausível inferir que o medo da punição leve ao refúgio no anonimato. Como o sistema disponibilizado pela DGS (NOTIFICA) é anónimo, notificar um incidente ou EA será, à partida, um processo mais participativo.

O conhecimento e acessibilidade ao sistema

O conhecimento do sistema de notificação e a acessibilidade ao mesmo foi um dos fatores identificados por cinco dos participantes como fator facilitador da notificação. À data de realização das entrevistas, o hospital utilizava um impresso para registo de acontecimentos indesejados, que pelas descrições dos participantes neste estudo, era praticamente desconhecido. Para E₁₇, falta “Informação sobre a existência das notificações dentro da instituição, nomeadamente dentro de cada serviço”, além dos “objetivos da notificação e em que circunstâncias (...)”. Esta declaração revela que esta temática é desconhecida dos profissionais de enfermagem e que não está difundida na instituição, como é recomendado

pelo Conselho Europeu (2009). Além do conhecimento e formação a acessibilidade é outro elemento que favorece a notificação, para E₁₂ deve “*ser um sistema acessível a toda a gente*”, opinião corroborada por E₁₃ “*se calhar uma plataforma universal, igual em todo o país seria eficaz (...)*”. Ambos os entrevistados apontam características presentes no sistema nacional de notificação de incidentes, revelando que desconhecem a sua existência, ou pelo menos a possibilidade da sua utilização.

Maior formação pessoal e profissional dos enfermeiros

Embora com menor peso entre os fatores identificados, a formação pessoal e profissional, pode, para um dos participantes, ser a diferença entre notificar ou não. Para E₂, “*quanto mais autoconfiante for o enfermeiro maior é a sua capacidade de reportar os erros, porque tem a noção de que o facto de se enganar com pequenas coisas, não é necessariamente identificativo de negligência, muito pelo contrário*”. Associado a este facto, “*quanto maior for o grau académico maior a facilidade que a pessoa tem em reportar o erro em questão (...) acho que o facto de se ter determinado tipo de conhecimentos académicos ou determinado grau, faz com que a pessoa tenha um maior à vontade de dizer, eu errei (...)*”. O Conselho Europeu também acredita que melhor formação implica maior segurança recomendando assim aos Estados-Membros que promovam o ensino e a formação adequados em segurança do doente aos trabalhadores da saúde (Conselho Europeu, 2009).

Apoio formal e informal da instituição

A terceira recomendação do Conselho Europeu aos Estados-Membros, relativa à segurança dos doentes incentiva o estabelecimento ou reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos que levem os trabalhadores do sector da saúde a adotar práticas ativas de notificação, estabelecendo para tal um ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo (Conselho Europeu, 2009). Com base nesta recomendação a DGS criou o SNNIEA, agora NOTIFICA, contudo é necessário que as instituições de saúde apoiem formal e informalmente a notificação. Este aspeto é para quatro participantes considerado um fator facilitador da notificação de incidentes. Para E₈ “*(...) se houvesse um apoio jurídico mais adequado aos enfermeiros, eles possivelmente não teriam tanta dificuldade (...)*”, E₁₄ refere ainda que “*tem de haver apoio dentro da equipa, não acusar a pessoa que fez isto ou aquilo, mas perceber o porque e depois em conjunto tentar arranjar soluções para que não volte a acontecer*”. Estas declarações são esclarecedoras da importância que as práticas não recriminatórias e justas têm para a adesão à notificação. Também os resultados obtidos por Raimundo e Ribeiro (2012), mostraram que se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de

trabalho e se tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico existirá maior afinidade com a notificação, sendo estes fatores classificados na segunda e terceira posição enquanto facilitadores da mesma.

Perceção dos resultados e oportunidades de aprendizagem

Se existirem benefícios em relatar, tais como a prevenção dos mesmos erros no futuro, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização, existe maior frequência de notificação (Lima, 2011; Raimundo & Ribeiro, 2012). Esta também é a perceção que oito dos participantes têm. A esse propósito E₅ refere “(...) *se a notificação trás resultados. Há quem pegue nisso, que olhe para essas notificações e que reflita sobre o assunto, porque estamos fartos de sistemas em que há pressão para se aplicarem e depois não se vêm resultados (...)*”. As declarações deste participante salientam a importância da comunicação e feedback acerca do erro, que no estudo de Eiras (2011), se revelou um aspeto a melhorar nas instituições de saúde portuguesas. Por sua vez, outros participantes ao referirem se o processo for “(...) *entendido como um aspeto benéfico para atuar em termos de prevenção futura*” E₆ e “(...) *que chegue ao serviço, para poder avaliar as causas e saber porque é que aconteceu (...)*” E₁₄, estão a considerar que a notificação terá adesão se tal contribuir para construir a cultura de aprendizagem prevista das recomendações do Conselho Europeu.

Estratégias de mudança	F
- Necessidade de comunicação/informação sobre o sistema de notificação	8
- Necessidade de melhorar as relações hierárquicas e na equipa	7
- Necessidade de não punir os notificadores, apoio jurídico e anonimato	7
- Necessidade de um sistema simples, rápido e com resultados	3

Necessidade de comunicação/informação sobre o sistema de notificação

O desconhecimento do sistema de notificação e dos seus objetivos é uma realidade no hospital onde efetuamos este estudo, mas também na maioria das organizações de saúde nacionais. Por outro lado “a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, fevereiro 10).

Para oito dos participantes existe falta de informação sobre segurança do doente e em particular sobre notificação de incidentes. Como descrevem, “*Primeiro informar as pessoas que têm a possibilidade de fazer notificação, porque a maior parte das pessoas não sabem*

(...)” E₅, é preciso também “(...) *fazer uma pequena formação a dizer o que se vai fazer, o que se pretende, para sensibilizar as pessoas para a problemática (...)*” E₉.

O défice de formação dos profissionais de saúde sobre temáticas relativas à segurança do doente é efetivamente uma realidade e uma preocupação das organizações nacionais e internacionais. Integrando as recomendações da OMS e Conselho da União Europeia, o plano nacional para a segurança do doente contempla o desenvolvimento do plano de formação em serviço na área da segurança dos doentes, como ação a desenvolver de 2016 a 2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, fevereiro 10). Esse mesmo plano advoga, promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no NOTIFICA como ação a desenvolver de 2015 a 2020.

Necessidade de melhorar as relações hierárquicas e na equipa

Outra necessidade identificada pelos participantes (sete), retrata algum desconforto nas relações com chefes e colegas. Uma das dimensões avaliadas por Eiras, et al. (2011) refere-se à **abertura na comunicação**, englobando a problemática aqui identificada pelos participantes. Dos resultados obtidos pelos autores, concluiu-se que embora a avaliação seja positiva (52%), esta foi uma das dimensões com menor pontuação, requerendo por isso alguma atenção.

Os participantes referem que “(...) *é importante melhorar a comunicação em equipa*” E₄ e que “(...) *falta um pouco, o haver confiança nos superiores e eles em nós, não é? Porque se uma pessoa tiver confiança e admite o erro e do outro lado pode ter uma janela, um apoio (...)*” E₇. Estas declarações evidenciam a importância que os enfermeiros atribuem às relações na equipa e com os superiores hierárquicos. A existência de uma comunicação sem receios proporcionará uma maior adesão à notificação de incidentes e conseqüentemente uma efetiva dinâmica de aprendizagem com o erro, elevando assim os níveis de segurança do doente.

Necessidade de não punir os notificadores, apoio jurídico e anonimato

A adoção de um sistema que minimize o receio de punição, que garanta o apoio jurídico e o anonimato ao notificador, foram necessidades referidas pelos participantes, enquanto estratégia para incrementar a notificação. Segundo E₉ “*A estratégia passa por informar as pessoas que não vão sofrer represálias por referirem qualquer evento*”. O participante E₈ salienta a pertinência da proteção jurídica, afirmando que “*Se houvesse um apoio jurídico adequado, as pessoas sabiam exatamente quem é que estaria lá para os defender, na situação de erros que são perfeitamente frequentes e comuns em qualquer instituição*”.

É fácil perceber a importância atribuída pelos participantes ao receio de punição se analisarmos os resultados de outros estudos efetuados. A **resposta ao erro não punitiva**, foi a dimensão menos pontuada no estudo de Eiras, et al. (2011), revelando o grande receio de punição que ainda subsiste. Por outro lado esta dimensão é considerada no plano nacional para a segurança do doente (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, fevereiro 10) como uma das que tem maior potencial de melhoria a curto prazo.

Como já referimos anteriormente, não existe em Portugal enquadramento jurídico para proteção do notificador (Bruno, 2010). A garantia de confidencialidade e anonimato do NOTIFICA vem deste modo minimizar esta lacuna ao conferir ao notificador a proteção que a legislação ainda não garante.

Necessidade de um sistema simples, rápido e com resultados

Ainda que referido por menos participantes, as características do sistema e a perceção de que a notificação servirá para melhorar a segurança do doente, é uma necessidade identificada.

O **feedback acerca do erro** é uma dimensão estudada na avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares. Os resultados obtidos em vários estudos (Eiras, et al., 2011; Pimenta, 2013; Sousa A. M., 2013) revelam que esta dimensão apresenta um score positivo (47% a 69%), ainda assim inferior à média internacional (76%) (Pimenta, 2013). Esta preocupação é referida por E₅ quando diz: *“eu acho que mostrar sempre o resultado nem que seja pequeno incentiva as pessoas”*. Depreende-se então, que é importante existir feedback daquilo que é reportado, todavia ainda existe potencial de melhoria no reporte do que resultou da notificação.

A agilidade dos sistemas de notificação pode ser elemento fulcral para adesão aos mesmos. Numa organização burocrática, onde em nome da qualidade dos cuidados, são exigidos cada vez mais registos, a notificação de incidentes poderia reunir maior adesão *se houvesse um sistema próprio para isso (...) Mas também que fosse preciso e fácil de preencher e que não ocupasse muito tempo, já perdemos imenso tempo com registos”* E₆.

6.5. A segurança do doente

O quinto e último domínio identificado é relativo à **segurança do doente** e foi categorizado de acordo com a figura 9.

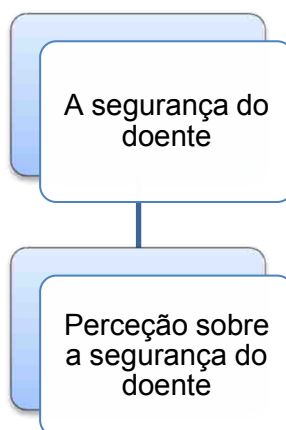


Figura 9: Categorização da segurança do doente

Questionamos os participantes sobre a sua perceção de segurança do doente no seu serviço e se o nível identificado pode ser melhorado e de que forma. As respostas obtidas permitiram formar quatro subcategorias. A seguir discutimos o nível de segurança identificado pelos participantes, de forma conjunta, para as três primeiras subcategorias e a quarta será apresentada de forma isolada.

Perceção sobre a segurança do doente	F
- Perceção satisfatória sobre a segurança do doente	4
- Perceção boa/muito boa sobre a segurança do doente	13
- Perceção negativa sobre a segurança do doente	1
- Possibilidade de melhorar o nível de segurança a nível ambiental e humano	17

Nível de segurança do doente

A **segurança do doente** é uma dimensão da avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. Com exceção do estudo de Sousa (2013), todos os estudos analisados obtiveram nesta dimensão percentagens positivas superiores a 50% (Eiras, et al., 2011; Lima, 2011; Pimenta, 2013). Na nossa investigação, a maioria dos participantes considera a segurança do doente boa ou muito boa, de que é exemplo a declaração de E₂ "(...) a nível

de prestação de serviços é muito boa. Se eu ou algum familiar meu tivesse necessidade, não me importaria que fosse neste serviço". Num ponto intermédio posicionaram-se quatro participantes, considerando a segurança do doente satisfatória no seu serviço, como descrevem E₃, *"É razoável"* ou E₉, *"Suficiente"*. Apenas um participante considera que a segurança do doente está muito comprometida, descrevendo que, *"(...) realmente a segurança está muito comprometida, (...) acho que falta muita coisa que pode promover maior segurança aos doentes, nomeadamente em termos de ajudas técnicas. Porque parece que não, mas ainda vamos tendo muitas situações de quedas"* E₆. Este participante salienta a deficiente estrutura física do serviço para doentes com dificuldades na mobilização.

Possibilidade de melhorar a segurança a nível ambiental e humano

Analisando a resposta a esta questão, é quase unânime que é possível melhorar a segurança do doente nos serviços onde exercem funções os profissionais inquiridos. Apenas um refere que *"É difícil, porque é um volume muito grande de pessoas que circulam neste serviço e por vezes, mesmo havendo estratégias para manter essa segurança, muitas vezes não se consegue chegar a todo o lado"* E₁₀. Todos os outros referem que melhorando algum fator organizacional ou humano, melhora a segurança do doente.

A confirmar esta realidade apreciemos as declarações de E₁₂ *"Sim, se houver um ambiente propício para a concentração dos profissionais e maior colaboração entre os elementos da equipa"* que aborda o fator humano, E₈ *"Eu penso que é sempre possível, se implementarmos um protocolo, as coisas tem um curso, existe uma forma sistemática de resolvermos um problema. Se houver sistematização, torna-se mais científico e isso é sempre positivo para todos"* que salienta a importância da organização do processo e o E₆ *"Sim, era, nomeadamente nas casas de banho. Tantas vezes que elas caem nas casas de banho"* que se orienta para a estrutura física. Estas são algumas formas encontradas para melhorar a segurança do doente, representativas de três fatores importantes, recursos humanos, processo e estrutura física.

CAPÍTULO 7. Síntese integrativa

A presente investigação integra dois estudos, com metodologias distintas, mas na nossa perspetiva complementares. O estudo A - de natureza quantitativa, descritivo e correlacional e o estudo B – de natureza qualitativa, com recurso à análise de conteúdo. A utilização desta triangulação metodológica permitiu obter informação abrangente e ao mesmo tempo individualizada e contextualizada, da perceção que os enfermeiros têm sobre a notificação e segurança do doente. A resposta às questões de investigação formuladas foi assim enriquecida com esta complementaridade.

No estudo A recorreremos à integração de três questionários validados para a população portuguesa, da qual resultou um questionário que permitiu avaliar 12 dimensões relacionadas com a notificação de incidentes e EA e com a segurança do doente: ocorrência e respetivo registo de incidentes e EA comuns; frequência de notificação relacionada com a gravidade do dano; número de incidentes e EA registados nos últimos 12 meses; obstáculos à notificação de erros; fatores facilitadores da notificação; causa primária dos erros; feedback e comunicação acerca do erro; abertura na comunicação; comunicação do erro e publicação dos relatórios; resposta ao erro não punitiva; perceções gerais sobre a segurança do doente; grau de segurança do doente.

Por forma a complementar os dados obtidos, realizamos uma entrevista (estudo B), de que resultaram cinco domínios: divulgação de incidentes e eventos adversos; sistema de notificação de incidentes e eventos adversos; os incidentes e eventos adversos; a notificação dos incidentes e eventos adversos; a segurança do doente.

De seguida, apresentamos a síntese dos resultados mais pertinentes, de forma integrada, conjugando a informação obtida pelos dois estudos e o seu confronto com a evidência científica, pela mesma ordem que fizemos na análise de cada um dos estudos.

Perceção das causas dos erros

Conhecer a causa raiz do erro que originou o incidente ou EA é talvez o maior desafio para quem tem como responsabilidade a análise da ocorrência. Podem-se identificar alguns fatores que contribuem para o incidente ou EA, mas para chegar à causa raiz é necessário o envolvimento de uma equipa multidisciplinar que, de forma retrospectiva, colaborativa e interativa desenvolve o seu trabalho (Portugal, MS, DGS, 2012b). Não sendo objetivo deste estudo a identificação da causa raiz do incidente, pois tal seria impossível, foi pedido aos

enfermeiros participantes nos estudos A e B a identificação das causas de incidentes e EA mais frequentes. Em ambos os estudos evidenciou-se que as causas mais frequentes estavam relacionadas com o sistema organizacional.

Com efeito no estudo A, as três causas mais indicadas foram, a **falta de enfermeiros**, a **sobrecarga horária** e os **procedimentos mal definidos e não regulamentados**. No estudo B, indicaram o **excesso de trabalho**, as falhas na **identificação do doente** e o **ambiente hostil em procedimentos que requerem concentração**. Corroborando estes resultados estão os obtidos noutros estudos onde as causas relacionadas com o sistema são as mais referenciadas (Lima, 2011; Raimundo & Dias, 2012). No Plano Nacional para a Segurança do Doente, salienta-se que a “causa dos incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a falhas de organização, de coordenação ou de comunicação...” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, fevereiro 10).

As causas relacionadas com o enfermeiro, como a falta de motivação, o cansaço, o stresse, a falta de conhecimentos e o automatismo foram mencionadas por 12 enfermeiros do estudo B. Já no estudo A, a falta de motivação, a falta de conhecimentos e a necessidade de formação foram as menos prevalentes.

Comunicação de incidentes e eventos adversos

A comunicação de incidentes e EA pode ser dividida em duas dimensões distintas, a comunicação ao doente e familiares e a comunicação à equipa de saúde.

Dos resultados obtidos no estudo A, salienta-se a elevada percentagem de indecisão na comunicação ao doente (40,7%), à família (41,2%) e na divulgação pública dos relatórios de incidentes (35,9%). Embora com percentagens de indecisão elevadas, são inferiores aos 47% obtidos por Raimundo e Ribeiro (2012) para a comunicação do erro ao doente e familiares. Na divulgação pública dos relatórios as posições invertem-se, sendo mais baixa no estudo referido (17,1%). A divulgação dos incidentes de segurança ao doente e familiares é defendida por doentes e profissionais (O'Connor, et al., 2010). No estudo A, 45,6% dos enfermeiros concordou com a comunicação ao doente, 46,1% à família e 39,3% com a publicação dos relatórios de incidentes e EA, valores mais elevados que os apresentados por Raimundo e Ribeiro (2012). Complementando estes resultados, o estudo B revelou que 16 enfermeiros concordam com a comunicação dos incidentes e EA ao doente e à família, ainda que para 10 enfermeiros só terá sentido comunicar, se houver dano para o doente. Dos 18 enfermeiros entrevistados, cinco revelaram receio de alarmar e

transmitir insegurança aos doentes/familiares se um incidente sem dano for comunicado, o que é defendido também pelos doentes (O'Connor, et al., 2010).

Apesar das percentagens elevadas de concordância com a divulgação de incidentes e EA obtidas em ambos os estudos, na realidade ainda são sentidas algumas barreiras a esse procedimento. No estudo B, três enfermeiros manifestaram receio das consequências da divulgação, o que justificará o baixo número de comunicações efetuadas em situação real, como os 17% encontrados no estudo de Kronman, et al. (2012).

Ainda no estudo A, os enfermeiros com menos experiência profissional e os do sexo masculino são mais favoráveis à comunicação dos incidentes de segurança ao doente e familiares, com diferenças significativas.

Na comunicação dos incidentes de segurança com a equipa de saúde, o estudo B revelou-nos que comunicar à equipa de saúde reúne consenso generalizado (16 participantes). No estudo A, as questões da “abertura na comunicação” que obtiveram percentagens positivas, relacionam-se com as consequências para o doente, pois 55% e 51% dos enfermeiros não têm receio de falar quando algo afeta negativamente o doente ou quando algo parece não estar certo, respetivamente. No estudo B, apenas seis participantes referem a questão das consequências para o doente e destes só dois condicionam a comunicação à presença de danos no doente, pois outros dois referem que independentemente das consequências deve ser comunicado e os restantes dois que a comunicação servirá para minimizar o dano. Esta tendência foi semelhante à encontrada por Gomes (2012), Gama, et al. (2013) e por Sousa (2013), nos estudos que efetuaram, todavia foram encontrados valores relativamente superiores noutros estudos sobre esta problemática (Fernandes & Queirós, 2011; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014).

O estudo B acrescentou um dado relevante que se relaciona com a prevenção dos incidentes no futuro. Para cinco participantes a comunicação no seio da equipa permitirá prevenir incidentes no futuro, sendo este um propósito essencial dos sistemas de notificação.

Na dimensão “abertura na comunicação” analisada no estudo A, apenas 25% dos enfermeiros não tem receio de questionar os que têm mais autoridade. O estudo B revelou que para três participantes, os profissionais sentem-se incomodados com as consequências da comunicação. A análise estatística efetuada no estudo A permitiu apurar que os enfermeiros menos experientes, de categoria inferior e com pior nível de segurança percecionada, atribuem pior classificação à “abertura na comunicação”.

É importante eliminar todas as barreiras na comunicação para incrementar a melhoria da cultura de segurança do doente, pois uma comunicação eficiente é fundamental para que se possam evitar os erros (Fragata, et al., 2006).

Incidentes e eventos adversos

Os principais incidentes e EA identificados no estudo A são por ordem de ocorrência, a avaria ou defeito de material/dispositivos médicos (94%), as disfunções do sistema informático (92,9%), a falta de material/roupa/alimentos (90,7%), a falta de material clínico e medicamentos (83,5%) e as quedas dos doentes (79,7%). No estudo B, as falhas com equipamentos técnicos é apontada apenas por três participantes, a ocorrência de traumatismos físicos nos doentes (onde se incluem as quedas) é referenciada por 10 enfermeiros, mas a categoria com maior frequência (11) relaciona-se com a terapêutica, invertendo a hierarquia encontrada no estudo A. A ocorrência de EA, provoca sofrimento nos doentes mas também no profissional de saúde envolvido. Para Fragata (2010), o profissional é a segunda vítima dos incidentes de segurança. Os participantes no estudo B consideram que os enfermeiros têm um elevado princípio de responsabilidade e com maior ou menor facilidade acabam por assumir a sua responsabilidade na falha ocorrida. Porém a personalidade de cada um e as consequências percecionadas poderão modelar o seu comportamento.

A notificação e o sistema de notificação para os enfermeiros

Questionados os enfermeiros do estudo A quanto à concordância com um sistema nacional de notificação, 90% concorda com a sua existência ainda assim, inferior aos 98% obtidos no estudo de Bruno (2010). Apesar da sua concordância, a maioria (82,3%) desconhecia já a sua existência. Neste aspeto, o estudo B ajudou-nos a perceber a utilidade que os enfermeiros atribuem ao sistema de notificação. Assim 11 dos 18 participantes revela que este sistema será útil para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados e oito afirmam que ajudará a promover a cultura de aprendizagem da organização de saúde. Ambas as características integram o conjunto de características definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Portugal, MS, DGS, 2014b).

Os resultados do estudo B revelam-nos também que para 10 enfermeiros todos os incidentes devem ser registados/notificados, enquanto oito consideram que apenas os incidentes com dano ou EA devem ser objeto de notificação. A recomendação dos organismos internacionais é que todos os incidentes devem ser notificados, pois mesmo com as ocorrências que não chegaram a atingir o doente é possível aprender (Conselho

Europeu, 2009). Também o sistema de notificação nacional (NOTIFICA) contempla a notificação destas situações.

Embora a maioria dos enfermeiros concorde com a notificação de todas as situações independentemente do dano, na prática tal não se verifica. Os mesmos enfermeiros que referiram maioritariamente que todas as situações deviam ser registadas/notificadas, revelaram não o fazer quando questionados sobre a sua prática, pois só sete referiram registar as situações com potencialidade para causar dano ao doente. No estudo A, 62% do total de incidentes e EA não são registados, a frequência de registo/notificação diminui com a gravidade do dano, contrariando os resultados do estudo B e de vários outros estudos (Bruno, 2010; Lima, 2011; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014). A frequência de notificação anual é inferior a duas situações por enfermeiro, tendência acompanhada pelos resultados de estudos nacionais e internacionais (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Gama, et al., 2013; Lima, 2011; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014; Sousa A. M., 2013).

Fatores que interferem na notificação de incidentes

No estudo A foram identificados como obstáculos à notificação, fatores relacionados com a **culpa**, a **punição**, as **consequências** e a **advertência** ao notificador. No estudo B, o **receio das consequências** foi o fator mais referenciado (15 participantes). O receio das consequências, processos disciplinares e judiciais, assim como o receio de punição são os fatores mais apontados pelos autores de estudos sobre este tema (Lage, 2010; Lima, 2011; Raimundo & Ribeiro, 2012).

No estudo A os enfermeiros com um tempo de serviço entre os 13 e os 20 anos apresentam maior perceção dos obstáculos do que os enfermeiros com pelo menos 21 anos de serviço. Os enfermeiros de cuidados gerais, os que concordam com um sistema de notificação nacional e os que não conhecem o SNNIEA, têm maior perceção dos obstáculos apresentados. Também os que consideram o nível de segurança do doente como aceitável apresentam diferenças significativas face aos que o consideram muito bom/excelente, com maior perceção dos primeiros.

Como principal fator facilitador da notificação foi identificado pelos enfermeiros do estudo A, a **existência de benefícios do relato** (88%), tais como, a prevenção de erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização. A **ausência de medo de retaliação no ambiente de trabalho** (86%) e uma **relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico** (82%), foram referidos na segunda e terceira posição. Curiosamente, o **anonimato** de quem procede à notificação aparece na última posição (71%). Resultados semelhantes foram obtidos por Raimundo e Ribeiro (2012). Ao

invés, no estudo B, o anonimato foi o fator mais referido como facilitador da notificação (9 participantes), seguindo-se a perceção de resultados da notificação e respetivas oportunidades de aprendizagem (8 participantes), o conhecimento e acessibilidade ao sistema (5) e o apoio formal e informal da instituição (4).

Estratégias para aumentar a adesão à notificação

Com o estudo B identificamos algumas ações que podem ser implementadas para que a adesão à notificação de incidentes de segurança seja efetiva, alterando assim a prática atual.

Para oito dos participantes existe falta de informação sobre segurança do doente e em particular sobre a notificação e sistemas de notificação. O recente plano nacional para a segurança do doente, contempla a formação dos profissionais na área da segurança do doente e a promoção da adesão à notificação dos incidentes (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, fevereiro 10). A necessidade de melhorar as relações hierárquicas e na equipa foi referida por sete participantes, esta necessidade foi também identificada por Eiras, et al. (2011), como aspeto a ter em consideração. No estudo A, apenas 44% da amostra considera que existe uma boa comunicação na equipa, descendo para os 25% na comunicação com superiores hierárquicos.

A necessidade de não punir os notificadores, de apoio jurídico e de anonimato foi outra das ações identificadas, por sete participantes. A dimensão “resposta ao erro não punitiva” obteve a pior classificação (25%) no estudo de Eiras, et al.(2011) e 18,6% no estudo A. Resultados que permitem inferir uma cultura de punição contrária ao desejável, pois os indivíduos devem ser capazes de notificar erros sem medo de punição ou constrangimento, pois a questão a colocar deve ser “O que aconteceu?” e não “Quem falhou?” (Leape, et al., 2009). No hospital onde decorreu o estudo, o NOTIFICA é o sistema de notificação adotado, garantindo desta forma o anonimato, o que de alguma forma resolve a questão da falta de apoio jurídico.

Por fim, três participantes referiram-se à necessidade de um sistema de notificação, simples, rápido e com resultados. No estudo A, relativamente aos resultados, apenas 34% considerou haver retorno do registo/notificação de incidentes e EA, valor bastante inferior a outros estudos nacionais (Eiras, et al., 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Gomes, 2012; Pimenta, 2013) e internacionais (Gama, et al., 2013; Sorra, et al., 2014). Quanto à simplicidade do sistema a DGS em setembro de 2014, reconfigurou e melhorou a estrutura de organização e conteúdos do sistema nacional de notificação de incidentes (NOTIFICA), no sentido de o tornar mais ágil.

A segurança do doente

No estudo A, a “perceção geral sobre a segurança do doente” foi outra dimensão avaliada, à semelhança de outros estudos da cultura de segurança do doente, nacionais e internacionais. Questionamos ainda sobre o nível de segurança do doente percebido pelos profissionais no seu serviço, numa escala com 5 níveis (muito fraco, fraco, aceitável, muito bom e excelente). A primeira questão, composta por quatro itens, apresentou uma média de resposta positiva de 59,3%, revelando uma perceção positiva sobre a segurança do doente e situando-se na média dos outros estudos realizados, que variaram de 44% a 73% (Eiras, et al., 2011; Gama, et al., 2013; Pimenta, 2013; Sorra, et al., 2014; Sousa A. M., 2013). Na segunda questão, referente ao nível de segurança percecionado, foram obtidas percentagens de 53% e 39%, respetivamente para um nível de segurança ‘aceitável’ e para um nível ‘muito bom’. Os estudos nacionais mais recentes registaram resultados inferiores no nível ‘aceitável’ e no nível ‘muito bom’, apenas o de Eiras, et al.(2011) obteve resultado superior (45%). Os estudos internacionais obtiveram níveis de segurança superiores (Gama, et al., 2013; Sorra, et al., 2014). O estudo B acompanha a tendência de resposta do estudo A relativamente ao nível de segurança percecionado, uma vez que 17 participantes consideraram-na, no mínimo satisfatória, sendo que 13 a considera boa ou muito boa. O complemento do estudo B é relativo às formas como a segurança pode ser melhorada, uma vez que 17 participantes consideram que é possível fazê-lo. Para tal basta melhorar aspetos relacionais na equipa, alguns processos organizativos e algumas alterações estruturais em casos muito pontuais.

CAPÍTULO 8. Conclusões

A segurança do doente é um problema mundial e em consequência dessa realidade uma prioridade internacional. Embora já existissem alguns estudos a abordar a problemática da segurança do doente, o relatório “to err is human” do IoM (Kohn, et al., 2000) despertou a consciência científica e a sensibilidade dos decisores políticos para esta realidade. Sendo a segurança do doente uma prioridade, a notificação de incidentes e EA assume um papel central enquanto componente para o desenvolvimento da cultura de segurança das organizações de saúde através da aprendizagem com o erro. A realidade dos hospitais portugueses foi marcada, até à data, pelo desconhecimento do processo de notificação, pela ineficiente divulgação dos sistemas dedicados a esse processo e pela cultura punitiva, o que levou à subnotificação do erro (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Fernandes & Queirós, 2011; Lima, 2011; Pimenta, 2013; Sousa A. M., 2013). Consciente da importância do tema, a ordem dos enfermeiros definiu a segurança do doente como uma das prioridades de investigação (Ordem dos enfermeiros, 2010). No hospital onde desenvolvemos este estudo não existia um sistema de notificação de incidentes e EA organizado e vocacionado para a aprendizagem com o erro e o SNNIEA dava os primeiros passos. Por tudo isto consideramos pertinente avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a notificação de incidentes e EA e a segurança do doente.

Com o presente estudo concluímos que a realidade deste hospital não é muito diferente da realidade nacional e mesmo internacional, no que se refere à notificação de incidentes e EA, destacando-se a subnotificação quer dos incidentes, quer dos EA (Bruno, 2010; Eiras, et al., 2011; Gama, Oliveira, & Saturno, 2013; Sorra, et al., 2014). Construimos um questionário para avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a notificação, uma vez que não encontramos nenhum validado para o efeito. Consideramos que este desafio não poderia ser superado recorrendo apenas à informação proporcionada pelo questionário, pelo que recorreremos à realização de uma entrevista semiestruturada, que nos proporcionou informação complementar, permitindo avaliar mais profundamente a perceção dos enfermeiros sobre a notificação e a segurança do doente. Deste modo, conseguimos avaliar várias dimensões que influenciam essa mesma perceção e perceber como os indivíduos que participaram no estudo se posicionam face à problemática da notificação e da segurança do doente.

A investigação efetuada permitiu-nos enunciar as seguintes conclusões:

- Assumindo que o erro é inerente ao ser humano e que nas organizações poderão existir processos que facilitam a sua ocorrência, concluímos que as falhas do sistema foram percecionadas como as **causas mais frequentes dos erros**;

- A maioria dos enfermeiros concorda com a **comunicação dos incidentes e EA** aos doentes, familiares e restantes membros da equipa de saúde, mas subsiste o receio das consequências da comunicação.

- Os **incidentes de segurança mais frequentes** relacionam-se com equipamentos e materiais no estudo A e com falhas de terapêutica no estudo B, as quedas e outros traumatismos físicos representam mais de 55% dos incidentes de segurança no estudo B e 79% no estudo A;

- A maioria dos enfermeiros (90%) concorda com a existência de um **sistema nacional de notificação** e 66% revela que este será útil para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, no entanto 83% desconhece a existência do NOTIFICA.

- Para os enfermeiros, **todos os incidentes devem ser notificados**, independentemente do dano, contudo 62% das ocorrências não são registadas, o registo diminui com a gravidade do evento adverso e na realidade cada um notifica/regista menos de duas situações por ano;

- O receio das consequências, de punição e a cultura de culpa são os principais **obstáculos à divulgação do erro**;

- A existência de benefícios como a prevenção futura dos erros, a ausência de medo de retaliação e uma relação positiva com o superior hierárquico foram fatores apontados no estudo A como **facilitadores da notificação**, no estudo B o fator com maior expressão foi o anonimato, seguindo-se a perceção de resultados da notificação.

- As **estratégias de mudança** que podem levar ao aumento das notificações e consequentemente da segurança do doente propostas pelos enfermeiros do estudo, passam por melhorar a informação sobre segurança do doente, melhorar a relação de comunicação com pares e superiores, incrementar uma cultura não punitiva e o retorno da notificação.

- A **percepção sobre a segurança do doente** foi positiva em ambos os estudos, contudo os enfermeiros do estudo B revelaram que é possível melhorá-la se forem melhorados aspetos relacionais na equipa, processos organizativos e algumas alterações estruturais.

Os resultados obtidos são válidos no contexto em que foi recolhida a informação, podendo-se generalizar a toda a instituição, uma vez que a amostra é representativa da mesma. Uma vez que o estudo foi efetuado num único hospital com uma realidade particular, seria presunção da nossa parte generalizar os resultados aos enfermeiros enquanto classe profissional.

Na realidade este estudo não terá uma intervenção direta nas mudanças que se exigem para o crescimento de uma cultura não punitiva que permita utilizar os sistemas de notificação para relatar os erros. Todavia, pode ser a base da reflexão que permita desenvolver mecanismos de incentivo à notificação e posterior implementação de ações preventivas do erro e conseqüente desenvolvimento de um processo de aprendizagem gerador de uma cultura de segurança na organização. É nossa intenção divulgar os resultados a nível organizacional para que se conheça a situação atual e se possam implementar medidas corretivas dos pontos fracos e de reforço dos pontos fortes identificados.

Reforçamos a necessidade de informação e formação sobre segurança do doente e particularmente sobre o sistema de notificação de incidentes em vigor na organização (NOTIFICA).

Pela elevada preocupação manifestada com as conseqüências da comunicação do erro, é urgente adotar políticas de apoio aos elementos envolvidos na ocorrência, suportadas por uma comunicação aberta, dirigida para a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente.

Como principais limitações deste estudo, salientamos a ausência de escalas específicas para avaliação da percepção dos enfermeiros acerca da notificação, o que levou à adaptação de vários questionários para construção do nosso instrumento de recolha de dados. Por outro lado a limitação da amostra aos enfermeiros, apesar de serem o grupo mais representativo dos profissionais de saúde, deixa de fora um leque importante de profissionais.

A notificação de incidentes e EA ainda é um tema pouco abordado, como se comprova pela elevada taxa de desconhecimento dos sistemas de notificação. Os resultados obtidos revestem-se deste modo de um cariz importante e de alguma forma inovador na

organização em causa, podendo servir como fonte de ignição de um processo de evolução necessário, desejável e contínuo. Embora não acrescente novos conhecimentos à evidência científica, este estudo permitiu caracterizar a população de enfermeiros relativamente à notificação e segurança do doente no contexto específico da organização em que foi desenvolvido.

Terminamos com algumas sugestões para futuras investigações:

- Avaliar a perceção sobre a notificação de incidentes de todos os profissionais de saúde na organização;
- Avaliar o nível de conhecimentos sobre os sistemas de notificação implementados;
- Estudar formas de minimizar a cultura de punição instituída;
- Estudar formas de incrementação da cultura da segurança organizacional;
- Avaliar a perceção dos doentes e familiares sobre a comunicação de incidentes de segurança.

Referências bibliográficas

- Andrés, J. M., Remón, C. A., Burillo, J. V., & López, P. R. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Obtido de Ministério de Sanidad e Consumo: <http://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2005/>
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., . . . Tamblyn, R. (May de 2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170, pp. 1678-1686.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (outubro de 2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 10, pp. 509-523.
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. (A. C. Saúde, Ed.) Obtido de pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf
- Cardoso, S. M. (1998). *Notas Epidemiológicas*. Coimbra: Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina.
- Comissão Europeia. (2005). *Patient Safety – Making it Happen!; Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Obtido de European Commission: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/key_documents/index_en.htm

Comissão Europeia. (2008). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Obtido de Direção de Saúde Pública e Avaliação de Riscos da Comissão Europeia:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_pt.htm

Comissão Europeia. (2012). *Relatório da Comissão ao Conselho*. Obtido de Direção de Saúde Pública e Avaliação de Riscos da Comissão Europeia:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_pt.htm

Conselho Europeu. (2006). *Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*. Obtido de <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>

Conselho Europeu. (2009). *Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Obtido de Jornal Oficial da União Europeia:
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_pt.htm

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina S.A.

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015, fevereiro 10). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República*, 2(28), pp. 4-9. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>

Despacho n.º 14223/2009. (2009, junho 24). Proceda à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde [Portugal]. *Diário da República*, 2(120), pp. 2008-2010. Obtido de <https://dre.pt/application/file/3594873>

- Dinis, J. A. (2012). *Mensagem do Diretor*. Obtido de Departamento da Qualidade na Saúde: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Repositório Aberto da Universidade do Porto - Instituto de ciencias biomédicas Abel Salazar. Porto: Repositório Aberto da Universidade do Porto.
- Eiras, M., Diniz, A., Escoval, A., Costa, A. C., Fernandes, A., Bruno, P., & Gaspar, M. J. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente, Resultados do estudo piloto*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/?cr=23056>
- Fernandes, A., & Queirós, P. (2011). *Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses*. Obtido em Maio de 2013, de Revista de Enfermagem Referência [online], vol. SerIII, n.4, pp. 37-48: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (novembro de 2010). *Erro médico: A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde*. Obtido em junho de 2014, de Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10799>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições técnicas Lda.
- Fragata, J., & Martins, L. (2008). *O erro em Medicina, Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.

Fragata, J., Barros, P. P., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I., & França, M.

(2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina.

França, M. (2008). Quality, risk management and patient safety: the challenge of effective integration. *World Hospitals And Health Services: The Official Journal Of The International Hospital Federation*, 44 (4), pp. 21-23.

Franco, A. (2005). The patient's safety: understanding the problem. *Colombia Médica [online]*, 36(2), pp. 130-133. Obtido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n2/v36n2a10.pdf>

Freire, T., & Almeida, L. S. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (P. Edições, Ed.) Obtido de Biblioteca Aberta do Ensino Superior da Universidade de Aveiro: <http://hdl.handle.net/10849/45>

Gama, Z. A., Oliveira, A. C., & Saturno, P. J. (Fevereiro de 2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, 29(2). Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>

Gomes, M. J. (2012). *Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório*. Dssertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

IoM. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance* (Vol. 1). Washington: National Academies Press.

IoM. (2001). *Crossing the quality chasn: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

IPQ. (2013). *Instituto Português da Qualidade*. Obtido de <http://www1.ipq.pt/pt/spq/pex/Pages/PEX.aspx>

- Kachalia, A., Kaufman, F., Boothman, R., Anderson, S., Welch, K., Saint, S., & Rogers, M. (2010). Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals Of Internal Medicine*, 153(4), pp. 213-221.
- Kohn, T. L., Corrigan, M. J., & Molla, S. D. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
- Kronman, A., Paasche-Orlow, M., & Orlander, J. (2012). Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Quality & Safety*, 21(4), pp. 271-278.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10, pp. 11-16.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. d. (1996). *Fundamentos de metodologia científica* (3ª ed.). São Paulo: Atlas S.A.
- Leape, L. L. (Nov de 2002). Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine*, 347, pp. 1633-1638.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, M., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., . . . Hiatt, H. (Fevereiro de 1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324, pp. 377-384.
- Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., . . . Isaac, T. (2009). *Transforming healthcare: a safety imperative*. Obtido em 2014, de Quality & safety in health care, 18 (6), p.424–428: doi:10.1136/qshc.2009.036954
- Lei nº 67/98. (1998, outubro 26). Lei da proteção de dados pessoais [Portugal]. *Diário da República*, 1(247), pp. 5536-5546. Obtido de <https://dre.pt/application/file/239889>

- Lima, S. S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*. Jones & Bartlett Learning.
- O'Connor, E., Coates, H., Yardley, I., & Wu, A. (2010). Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care / Isqua*, 22(5), pp. 371-379.
- OMS - World Alliance for Safer Health Care. (2009). *WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools*. Obtido de World Health Organization:
http://www.who.int/patientsafety/education/medical_curriculum_form/en/
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Obtido de
https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasProritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido de
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Pallant, J. (2001). *SPSS - Survival manual*. Buckingham: Open university Press.
- Pelberg, A. L. (2005). Quality management principles and practices. In A. C. Quality, *Core Curriculum for Medical Quality Management* (pp. 1-65). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

- Pelliciotti, J. d. (2009). *Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em unidades de terapia intensiva*. Pós-Graduação em enfermagem na saúde do adulto, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo.
- Pérez Serrano, G. (1998). *Investigación qualitativa. Retos e interrogantes* (2ª ed., Vol. 1). Madrid: Editorial La Muralla S.A.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. Obtido de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10400.21/2929>
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2*, pp. 43-51.
- Polit, D. F., Hungler, B. P., & Beck, C. T. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS]. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde [Portugal, MS, DGS, DQS]. (2014a). *Direção-Geral da Saúde*. Obtido de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>
- Portugal, MS, DGS. (2012b). *Orientação nº 11/2012 - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx?v=1f2c1056-4926-4bea-a893-5d0e9a3ccd35>

Portugal, MS, DGS. (2012c). *Orientação n.º 025/2012 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas.aspx?v=b85af18e-4d82-409d-9485-86040c89df42>

Portugal, MS, DGS. (2012d). *Norma n.º 017/2012 - Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx?v=d8732ab1-51fe-484a-9672-d84deecf6187>

Portugal, MS, DGS. (2013a). *Norma 008/2013 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013.aspx>

Portugal, MS, DGS. (2013b). *EuNetPass*. Obtido de <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15654>

Portugal, MS, DGS. (2014a). *Norma 025/2013 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>

Portugal, MS, DGS. (2014b). *Norma n.º 015/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Notifica*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014.aspx>

Portugal, MS, DGS. (2014c). *Informação n.º 002/2014 - Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013*. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes.aspx>

Portugal, MS, DGS, DQS. (2011a). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>

- Portugal, MS, DGS, DQS. (2011b). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses, resultados do estudo piloto*. Obtido de <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>
- Portugal, MS, DGS, DQS. (2011c). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Obtido de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182011-de-23052011.aspx>
- Portugal, MS, DGS, DQS. (2014b). *Sistema Nacional de Notificação - Manual do profissional notificador*. Obtido de <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2^a ed.). Lisboa: Gradiva - Publicações.
- Raimundo, A. M., & Dias, A. M. (2012). *Perceção dos enfermeiros sobre erros de medicação : tipos e causas*. Obtido de Repositório Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1731>
- Raimundo, H. A., & Ribeiro, O. P. (2012). *Relato de erros de medicação: Percepções dos enfermeiros*. Obtido de Repositório Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/1634>
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. Obtido em julho de 2013, de BMJ: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>

- Rodríguez-Suárez, J., Lamy, P., Fajardo-Dolci, G., Santacruz-Varela, J., & Hernandez-Torres, F. (abril-junio de 2012). Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI. *Revista CONAMED*, 17(2), pp. 52-58. Obtido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=307610>
- Saturno, P. J., Garcia, E. T., Gama, Z. A., Sousa, S. L., Oliveira, A. C., Miranda, Y. F., & Ferreira, M. S. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Obtido de MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde e Trabalho - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, pp. 5-29.
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research*. (Sage, Ed.) Obtido de Google books: http://books.google.pt/books/about/Doing_Qualitative_Research.html?id=es_oEVZew6YC&redir_esc=y
- Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N. D., Smith, S. A., Wilson, S., & Liu, H. (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report*. Obtido de Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.

- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. Obtido de Escola Nacional de Saúde Pública:
http://www.ensp.unl.pt/ensp/paginas_noticias/eventos-adversos-em-hospitais-portugueses-estudo-piloto-de-incidencia-impacte-e-evitabilidade-2013-seguranca-do-doente
- Sousa, P., Uva, A. d., Serranheira, F., Pinto, F., ØVRETVEIT, J., KLAZINGA, N., . . . TERRIS, D. D. (janeiro de 2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 91-106.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Thomas, E. J., Studert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., . . . Brennan, T. A. (Mar de 2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*, 38(3), pp. 261-271.
- United Kingdom, Department of Health. (1997). *The New NHS Modern and Dependable*. Obtido de <https://www.gov.uk/government/publications/the-new-nhs>
- United Kingdom, Department of Health. (2000). *An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. Obtido de Agency for Healthcare Research and quality:
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf

- Uva, A. S., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *Volume Temático (10)*:1-2. Obtido de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/resumos/volume-tematico-seguranca-do-doente/Editorial.pdf>
- Varjavand, N., Bachegowda, L. S., Gracely, E., & Novack, D. H. (2012). Changes in intern attitudes toward medical error and disclosure. *Medical Education*, *46*, 668-677.
- Vincent, C. (August de 2004). Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality Safety Health Care*, *13*(4), pp. 242-243.
- Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (Novembro de 2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, *322*, pp. 517-519.
- Who. (maio de 2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, *1*. Obtido de <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>
- World Alliance for Patient Safety. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems - From information to action*. Obtido de World Health Organization: http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

Anexo A – Autorizações utilização dos questionários



Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

Autorização para utilizar o questionário "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais"

3 mensagens

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

1 de Setembro de 2013 às 02:21

Para: margaridaeiras@gmail.com, anaescoval@ensp.unl.pt

Boa noite

Em primeiro lugar deixo as minhas felicitações pelo trabalho que executaram nesta área.

Chamo-me Nelson Serrano Antunes, sou enfermeiro e estou a desenvolver uma investigação sobre a percepção dos enfermeiros face aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu. Nesse sentido gostaria de solicitar autorização para utilização do vosso questionário intitulado "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais", ainda que não o vá utilizar na sua totalidade.

Grato desde já pela a vossa atenção, aguardo a vossa resposta.

Cordiais cumprimentos,

—

Nelson Antunes

Margarida Eiras <margaridaeiras@gmail.com>

8 de Setembro de 2013 às 00:12

Para: Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

Cc: anaescoval@ensp.unl.pt

Muito boa noite Sr. Enfermeiro Nelson Antunes,

Ficamos muito agradadas pelo interesse demonstrado na utilização do questionário que avalia a cultura de Segurança do Doente, que autorizamos.

Gostaríamos ainda de acompanhar os resultados do Vosso estudo para o qual desejamos os maiores sucessos.

Juntamos um exemplar do instrumento e disponibilizamo-nos para o que considerar oportuno.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras

margaridaeiras@gmail.com

Em 01/09/2013, às 02:21, Nelson Antunes escreveu:

Boa noite

Em primeiro lugar deixo as minhas felicitações pelo trabalho que executaram nesta área.

Chamo-me Nelson Serrano Antunes, sou enfermeiro e estou a desenvolver uma investigação sobre a percepção dos enfermeiros face aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola

Superior de Saúde de Viseu. Nesse sentido gostaria de solicitar autorização para utilização do vosso questionário intitulado "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais", ainda que não o vá utilizar na sua totalidade.

Grato desde já pela a vossa atenção, aguardo a vossa resposta.

Cordiais cumprimentos,

--

Nelson Antunes



Questionário hospitalar sobre a cultura de segurança do paciente (4 Dez).doc

98K

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

9 de Setembro de 2013 às 13:47

Para: Margarida Eiras <margaridaeiras@gmail.com>

Muito boa tarde

Agradeço a vossa amabilidade e oportunamente transmitirei informação sobre os resultados do estudo.

com os melhores cumprimentos,

Nelson Antunes

No dia 8 de Setembro de 2013 às 00:12, Margarida Eiras <margaridaeiras@gmail.com> escreveu:

[Citação ocultada]

Em 01/09/2013, às 02:21, Nelson Antunes escreveu:

[Citação ocultada]

--

Nelson Antunes



Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

Autorização para utilização do questionário sobre registo de incidentes e eventos adversos

3 mensagens

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

1 de Setembro de 2013 às 02:45

Para: paula.bruno.martins@gmail.com

Boa noite

Em primeiro lugar deixo as minhas felicitações pelo excelente trabalho que executou e pelo pioneirismo associado.

Chamo-me Nelson Serrano Antunes, sou enfermeiro e estou a desenvolver uma investigação sobre a percepção dos enfermeiros face aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu. Nesse sentido gostaria de solicitar autorização para utilização do questionário que elaborou, ainda que não o vá utilizar na sua totalidade.

Caso a sua resposta seja positiva, gostaria de saber como são pontuadas as respostas e se possível as propriedades psicométricas do questionário.

Grato desde já pela sua atenção, aguardo resposta.

Cordiais cumprimentos,

--

Nelson Antunes

Paula Bruno <paula.bruno.martins@gmail.com>

11 de Setembro de 2013 às 10:41

Para: Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

Olá Bom Dia!

Peço muitas desculpas, não percebi porquê mas o seu mal estava nos "Spam", por isso só agora o vi...

Sim, Claro pode usar o questionário.

Estou ao seu dispor e obrigada pelas suas palavras, de fato foi um estudo que me deu muito prazer e o qual teve grande acolhimento junto dos profissionais de saúde!

cumprimentos

PAULA BRUNO

ADVOGADA

E paula.bruno@alvесеassociados.pt

E paula.bruno-13979l@adv.оa.pt

T (+351) 210354119

F (+351) 217156794

W www.alvесеassociados.pt

Avenida Miguel Bombarda, 80-6º

1050-166 Lisboa Portugal

advogados@alvесеassociados.pt



Confidencial e protegido por sigilo profissional / Confidential and protected by attorney privilege

A 01/09/2013, às 02:45, Nelson Antunes escreveu:

[Citação ocultada]



PastedGraphic-1.tiff
28K

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>
Para: Paula Bruno <paula.bruno.martins@gmail.com>

11 de Setembro de 2013 às 18:48

Boa tarde.

Agradeço a sua amabilidade e disponibilidade.

Cumprimentos,

Nelson Antunes

No dia 11 de Setembro de 2013 às 10:41, Paula Bruno <paula.bruno.martins@gmail.com> escreveu:

[Citação ocultada]

--
Nelson Antunes



PastedGraphic-1.tiff
28K



Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização do questionário "Percepções, Experiências e Conhecimentos dos Enfermeiros Relativamente a Erros de Medicação"

3 mensagens

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>
Para: hugoalexraimundo@gmail.com

13 de Setembro de 2013 às 16:45

Boa tarde Enfermeiro Hugo Raimundo

Em primeiro lugar quero deixar-lhe as minhas felicitações pelo excelente trabalho que desenvolveu na área da notificação do erro.

Chamo-me Nelson Antunes, sou Enfermeiro e estou a desenvolver uma investigação com vista à elaboração do Relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu. Pretendo com a minha investigação Conhecer a Percepção dos Enfermeiros sobre os Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos e sobre a segurança dos doentes. Neste sentido e uma vez que o colega traduziu para a nossa língua as escalas de Maurer venho pedir-lhe autorização para utilizar essas mesmas escalas, que embora dirigidas ao erro de medicação são perfeitamente adaptáveis à avaliação do erro em geral.

Agradeço desde já a sua compreensão.

Com os melhores cumprimentos,

--

Nelson Antunes

Hugo Raimundo <hugoalexraimundo@gmail.com>
Para: Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>

16 de Setembro de 2013 às 11:28

Olá caro Coelga Nelson,

Obrigado desde já pelo contacto e pelas felicitações.

Parabéns igualmente pela realização de mais esta etapa da sua vida profissional através da realização do mestrado e especialização em enfermagem medico-cirúrgica.

Sinta-se à vontade para utilizar o questionário traduzido e validado por nós a partir das escalas de Maurer. Gostaria igualmente de solicitar que, finda a sua investigação, ter acesso aos resultados finais, dado que, sendo a área de interesse profissional a que me dedico, conhecer a realidade da sua amostra e os resultados obtidos.

Algum esclarecimento não hesite em contactar.

Votos de bom trabalho e sucesso neste percurso,
Saudações cordiais,

Hugo Raimundo

No dia Sexta-feira, 13 de Setembro de 2013, Nelson [Antunesne.antunes@gmail.com](mailto:ne.antunes@gmail.com) escreveu:

[Citação ocultada]

--

Hugo Alexandre Raimundo, RN, MS
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Departamento de Neurologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
hugoalexramundo@gmail.com
hugoalexramundo@esenfc.pt
hugoraimundo@huc.min-saude.pt

Nelson Antunes <ne.antunes@gmail.com>
Para: Hugo Raimundo <hugoalexramundo@gmail.com>

16 de Setembro de 2013 às 11:55

Bom dia.

Agradeço a vossa amabilidade. Oportunamente darei conhecimento dos resultados obtidos.

Cumprimentos,

Nelson Antunes

No dia 16 de Setembro de 2013 às 11:28, Hugo Raimundo <hugoalexramundo@gmail.com> escreveu:
[Citação ocultada]

--

Nelson Antunes

Anexo B – Parecer da Comissão de Ética



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 25/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E SEGURANÇA DE DOENTES"

Tendo o estudante Nelson Serrano Antunes, sob a orientação do Prof. Doutor João Duarte e Prof^a Odete Amaral, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e ainda que seja considerada a autorização do **Ex. Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE**, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

Os investigadores propõem-se realizar um estudo exploratório cuja metodologia inicial é qualitativa e posteriormente quantitativa, cujos objectivos previstos são: Conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à notificação de incidentes e eventos adversos; Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos; Identificar os factores que facilitam ou dificultam a notificação de incidentes e eventos adversos; Avaliar o nível de segurança do doente atribuído pelos enfermeiros.

Os participantes a incluir serão todos os enfermeiros do **Hospital Amato Lusitano** pertencentes à Unidade de Saúde de Castelo Branco, EPE. Para as entrevistas serão escolhidos de forma intencional 15 enfermeiros, que não serão elegíveis na aplicação do questionário.

A recolha de dados será efectuada numa primeira fase por entrevistas e numa segunda fase pelo preenchimento de um questionário por parte dos enfermeiros. A participação dos enfermeiros é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado sobre os objectivos e finalidade do estudo, e assegurada a anonimização e confidencialidade dos dados. Faz parte do pedido da investigação um modelo de consentimento informado por escrito.

A colheita de dados decorrerá previsivelmente durante o mês de Outubro de 2013.

No questionário não há identificação nominal e resguarda a privacidade dos enfermeiros; contudo, recomendamos o rigoroso cumprimento do segredo profissional por parte dos investigadores quer na administração dos questionários, quer na elaboração da chave da codificação. Recomendamos ainda que a chave da codificação deve apenas ser conhecida pelos investigadores e a destruição da codificação após a discussão do trabalho.

Verificamos que os dados colhidos não são considerados sensíveis.

Os resultados e benefícios com este estudo consistem na sensibilização dos enfermeiros para as questões relacionadas com a notificação de incidentes e a segurança dos doentes. Neste sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que levem estes profissionais a aderir ao registo de incidentes adversos tal como está previsto na norma 008/2013 de 15/05/2013 da DGS, e que os dados sejam divulgados na instituição.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia das participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 08 de Outubro de 2013

A presidente da CE da ESSV

Anexo C – Autorização do CA da ULSCB



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

01 10711 2013-11-07 12:50:00
Sistema de Informação Documental

U.S. - Castelo Branco
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
61

U.S. - Castelo Branco

8/11/2013

Autógrafa

[Handwritten signature]

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Avenida Pedro Álvares Cabral
6000-085 CASTELO BRANCO

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0835 06-NOV-13

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e o estudante Nelson Serrano Antunes, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a realizar um estudo subordinado ao tema "PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E SEGURANÇA DE DOENTES". Pretende-se com este estudo conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à notificação de incidentes e eventos adversos; Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos; Identificar os factores que facilitam ou dificultam a notificação de incidentes e eventos adversos; Avaliar o nível de segurança do doente atribuído pelos enfermeiros.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos enfermeiros de todos os serviços do Hospital Amato Lusitano, no período de Novembro e Dezembro de 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados e um do Parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que os professores João Duarte e Odete Amaral são os responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

[Handwritten signature]
Professor Doutor Carlos Pereira

OA/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Apêndice A - Questionário



INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU



3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

QUESTIONÁRIO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu estou a realizar uma investigação intitulada “Perceção dos Enfermeiros sobre Notificação de Incidentes e Segurança dos doentes” com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à notificação de incidentes e eventos adversos e avaliar o nível de segurança do doente.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo devido ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

Para que a sua resposta seja o mais esclarecida possível relembramos aqui os seguintes conceitos:

“**Erro**” A falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano;

“**Incidente**” é uma ocorrência da qual não resultou dano para o doente;

“**Evento adverso**” é um incidente que resulta em danos para o doente;

“**Segurança do doente**” é definida como a redução do **risco** de **danos** desnecessários para um mínimo aceitável;

“**Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos**” é um sistema que alimenta uma base de dados com os diferentes tipos de incidentes e eventos adversos que foram comunicados. Visa orientar os esforços das diferentes iniciativas para melhorar a qualidade e a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

O mestrando:

Nelson Antunes

PARTE I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1 - Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

2 - Idade: _____ anos

3 - Formação académica:

1 Bacharelato 2 Licenciatura 3 Mestrado
 4 Doutoramento 5 Outro: Qual? _____

4 - Há quanto tempo exerce a profissão? _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

5 - Há quanto tempo trabalha nesta instituição? _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

6 - Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

7 - Área de prestação? 1 Cuidados Gerais 2 Especialista 3 Coordenação

8 - O serviço onde trabalha é acreditado? 1 Sim 2 Não 3 Não sei

PARTE II – PERCEÇÃO SOBRE O ERRO

1 - Dos incidentes e eventos adversos que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho e se os registou por escrito.	Já aconteceu	Registei por escrito
1. Quedas dos doentes.	1	2
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos.	1	2
3. Falta de material/roupa/alimentos.	1	2
4. Falta de material clínico e medicamentos.	1	2
5. Disfunções do sistema informático.	1	2
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente.	1	2
7. Conflitos com o doente.	1	2
8. Falta do processo do doente nas consultas.	1	2
9. Erro da identificação do doente.	1	2
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente.	1	2
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente.	1	2
12. Transmissão da informação médica errada.	1	2
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco.	1	2
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência).	1	2
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível.	1	2
16. Erro na interpretação de um exame.	1	2
17. Troca de relatório do exame.	1	2
18. Infecções associadas aos cuidados de saúde.	1	2
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia.	1	2
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia.	1	2
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)	1	2
22. Erro do local a operar.	1	2
23. Erro relacionado com a anestesia.	1	2
24. Erro de administração de sangue.	1	2
25. Morte inesperada.	1	2

2 – Indique a frequência de notificação de uma ocorrência no seu serviço/unidade de trabalho, se:	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. É detetada e corrigida antes de afetar o doente.	1	2	3	4	5
2. Não têm perigo potencial para o doente.	1	2	3	4	5
3. Poderia causar dano para o doente mas isso não acontece.	1	2	3	4	5
4. Provoca danos moderados.	1	2	3	4	5
5. O dano é trágico (morte, incapacidade).	1	2	3	4	5

3 - Nos últimos 12 meses, quantas ocorrências (incidentes ou eventos adversos) **notificou?** (Escreva o número no espaço seguinte) _____

4 – Como classifica os seguintes obstáculos à notificação de erros (incidentes e eventos adversos) no seu local de trabalho?	Grande obstáculo	Obstáculo moderado	Obstáculo menor	Não é obstáculo
1. Na nossa instituição/serviço a culpa é centrada no indivíduo em vez de se pensar no sistema como um potencial causador de erro.	1	2	3	4
2. Os outros vão pensar que os enfermeiros são incompetentes.	1	2	3	4
3. Os enfermeiros pensam que a maioria dos erros não têm importância suficiente para serem notificados.	1	2	3	4
4. Se algo acontece com o doente em resultado de um erro, a culpa será atribuída ao enfermeiro.	1	2	3	4
5. Desconheço o sistema de notificação.	1	2	3	4
6. O ato/sistema de notificação é demasiado detalhado e moroso.	1	2	3	4
7. Os enfermeiros têm receio das advertências se notificarem o erro cometido.	1	2	3	4
8. Os enfermeiros têm receio das consequências que possam resultar se notificarem um erro.	1	2	3	4
9. Se um erro for detetado antes de atingir o doente (erro potencial), não existe necessidade de o notificar.	1	2	3	4
10. Identifique outro obstáculo à notificação de erros e classifique-o: _____	1	2	3	4

5 - Qual a probabilidade de cada um dos seguintes fatores aumentar a hipótese de relatar um erro cometido por si ou por outra pessoa?	Elevada	Média	Indeciso	Baixa	Muito baixa
1. Se o processo de relato for anónimo.	1	2	3	4	5
2. Se o doente for lesado ou pudesse ter sido lesado.	1	2	3	4	5
3. Se existirem benefícios no relatar, tais como, a prevenção dos erros futuros, a melhoria das práticas ou o aumento da responsabilização.	1	2	3	4	5
4. Se os enfermeiros não sentirem medo de retaliações no ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
5. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com o superior hierárquico ou com o diretor clínico.	1	2	3	4	5
6. Se os enfermeiros tiverem uma relação positiva com os médicos do serviço.	1	2	3	4	5
7. Por favor, especifique outros fatores que possam aumentar a sua probabilidade de relatar erros e classifique-os: _____ _____ _____	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

6 - Com que frequência considera os fatores abaixo descritos como causa primária dos erros?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Falta de conhecimentos do enfermeiro/necessidade de formação.	1	2	3	4	5
2. O enfermeiro não está familiarizado com o serviço.	1	2	3	4	5
3. Falta de enfermeiros.	1	2	3	4	5
4. Interrupções durante um procedimento.	1	2	3	4	5
5. Sobrecarga horária.	1	2	3	4	5
6. O enfermeiro tem conhecimentos limitados da prática clínica.	1	2	3	4	5
7. Desmotivação.	1	2	3	4	5
8. Ambiente de trabalho hostil.	1	2	3	4	5
9. Procedimentos mal definidos e não regulamentados.	1	2	3	4	5
10. Errada conceção do espaço físico.	1	2	3	4	5
11. Outra (especifique e classifique).	1	2	3	4	5

PARTE III – COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS

1 - Com que frequência acontece este tipo de situações no seu serviço/unidade de trabalho?	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	1	2	3	4	5
2. Os profissionais falarão livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.	1	2	3	4	5
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.	1	2	3	4	5
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.	1	2	3	4	5
5. Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	1	2	3	4	5
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	1	2	3	4	5

2 - Classifique o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações:	Concordo totalmente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo totalmente
1. Os erros, quando ocorrem, devem ser comunicados ao doente.	1	2	3	4	5
2. Os erros devem ser comunicados à família, quando o doente não está capaz de compreender o que aconteceu.	1	2	3	4	5
3. Os relatórios relativos a incidentes e eventos adversos dos hospitais devem ser publicados.	1	2	3	4	5

3 - Concorda com a existência de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos?

1 Sim 2 Não

4 - Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos desenvolvido pela Direção-Geral da Saúde?

1 Sim 2 Não

PARTE IV - SEGURANÇA DO DOENTE/RESPOSTA AO ERRO

1 - Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu serviço/unidade de trabalho. Utilize para isso a escala indicada.	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.	1	2	3	4	5
2. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho.	1	2	3	4	5
3. Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente.	1	2	3	4	5
4. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros.	1	2	3	4	5
5. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	1	2	3	4	5
6. Quando um incidente ou evento adverso é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.	1	2	3	4	5
7. Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.	1	2	3	4	5

2 - Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta).

1 2 3 4 5
Excelente Muito Bom Aceitável Fraco Muito Fraco

Muito obrigado pela sua colaboração.

Agradeço que coloque o questionário dentro do envelope devidamente fechado.

Apêndice B – Guião entrevista

Guião da Entrevista

(Perceção dos Enfermeiros sobre Notificação de Incidentes e Segurança do doente)

	Perguntas Centrais	Perguntas Orientadoras
1 - Início da Entrevista	<p>1.1 – Apresentação do Investigador e Estudo.</p> <p>1.2 – Caracterização sociodemográfica e profissional.</p>	<p>Apresentação do investigador; Explicação do estudo, caracterização do contexto e a sua finalidade; Clarificação dos procedimentos éticos a serem adotados na investigação;</p> <p>Solicitação para a utilização do gravador e respetiva autorização;</p> <p>Questões sobre dados pessoais: - Sexo - Idade - Situação profissional - Tempo de exercício profissional - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?</p>
2-Perceção sobre a notificação de incidentes e eventos adversos	<p>2.1- Qual a sua opinião sobre a notificação de incidentes e eventos adversos?</p> <p>2.2- Qual a utilidade de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos?</p>	<p>- Qual a sua opinião sobre a comunicação de incidentes e eventos adversos a outros profissionais da equipa de saúde? - Qual a sua opinião sobre a comunicação de incidentes e eventos adversos ao doente/família?</p> <p>- Qual a sua opinião sobre a utilidade de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos? - O que pensa em relação ao anonimato e obrigatoriedade de um sistema de notificação?</p>
3-Prática quotidiana	<p>3.1- Descreva a sua prática de registo de incidentes e eventos adversos.</p> <p>3.2- Como prestador de cuidados de saúde diretos ao utente, quais os fatores e situações que na sua opinião contribuem para a ocorrência de incidentes e eventos adversos?</p> <p>3.3- O que pensa da segurança do doente no seu hospital?</p>	<p>- Identifique os principais incidentes e eventos adversos que acontecem na sua prática. - Na sua opinião que situações justificam a notificação. -O que costuma notificar na sua prática. - Se não regista quais os motivos (Identifique fatores bloqueadores e fatores facilitadores do registo/comunicação). - No último ano quantas situações notificou.</p> <p>- Na sua opinião, quais os fatores e situações que contribuem para a ocorrência de incidentes e eventos adversos. - Na sua opinião, quando os enfermeiros estão envolvidos em incidentes ou eventos adversos admitem-no ou comunicam-no a quem de direito? - Que estratégias de mudança propõe.</p> <p>- Como classifica a segurança dos doentes no seu serviço? - Pensa ser possível melhorar a segurança dos doentes no seu hospital?</p>
4- Conclusão e Agradecimentos		<p>Conceder a oportunidade ao entrevistado de fazer referência a algum assunto ou aspeto particular não abordado; Agradecer e concluir a entrevista.</p>

Apêndice C – Consentimento de Participação

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**AO PARTICIPANTE:**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) colega

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu estou a realizar um estudo intitulado “Perceção dos Enfermeiros sobre Notificação de Incidentes e segurança dos doentes”. Os objetivos deste estudo procuram conhecer a opinião dos enfermeiros quanto à notificação de incidentes e eventos adversos, determinar a frequência de notificação dos mesmos, identificar os fatores que facilitam ou dificultam a notificação e avaliar o nível de segurança para o doente atribuído pelos enfermeiros.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo devido ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através desta entrevista.

Asseguramos que nesta investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

Castelo Branco, ___/___/_____

Nome _____

Assinatura do participante _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:
Nome do investigador: Nelson Serrano Antunes

Assinatura _____

