

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Pensamento

“... sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota de água.”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

Foram várias as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização do presente trabalho e às quais faço questão de deixar aqui o meu profundo e sincero agradecimento.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, ao seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de formação;

À Professora Doutora Manuela Ferreira e Professor Doutor João Duarte pela orientação, empenho, apoio e incentivo;

Aos profissionais de saúde que permitiram a execução deste estudo;

Aos meus pais por todo o apoio incondicional e por fazerem de mim a pessoa que sou;

Aos meus irmãos por me fazerem sorrir todos os dias;

Ao João, pela paciência e carinho;

Aos meus amigos e restante família pela compreensão dos meus momentos de ausência, dedicados à execução deste trabalho.

Resumo

Introdução: A segurança do doente, enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido grande relevância nas políticas de saúde. A notificação do erro deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. Também os desequilíbrios no bem-estar profissional interferem na qualidade dos serviços prestados.

Objetivo: Descrever a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional. O instrumento de recolha de dados é constituído pelo questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ, 2004), a Escala *Satisfaction with life scale* (Dinner et al., 1985) e questões sociodemográficas e profissionais, aplicado a uma amostra de 121 profissionais de saúde.

Resultados: A amostra é constituída maioritariamente por profissionais de saúde do sexo feminino (90,9%), com a categoria profissional de enfermeiro (89,3%) e com o grau de licenciado (86,0%). Do total da amostra, 66,9% não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses, 50,4% considera o grau de segurança do doente como aceitável e 45,5% como muito bom. A dimensão “trabalho em equipa” foi a que obteve isoladamente o valor mais positivo, contudo não se evidencia como ponto forte. As dimensões consideradas problemáticas são: “Resposta ao erro não punitiva”, “Profissionais”, “Frequência da notificação de eventos” e “Apoio à segurança do doente pela gestão”, com necessidade de intervenção prioritária. A satisfação com a vida estabelece uma relação preditiva com a percepção da cultura de segurança, com maior significado para a dimensão “Resposta ao erro não punitiva”.

Conclusões: A cultura de segurança do doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, percecionada pelos participantes no estudo, caracteriza-se como uma cultura de receio de resposta punitiva ao erro. A segurança de qualquer organização deve ser uma preocupação central e vista como um processo evolutivo, permeável à implementação de medidas corretivas e influenciada por variáveis sociodemográficas, profissionais e pelo grau de satisfação com a vida dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: segurança do paciente; cultura; qualidade de assistência à saúde; erros médicos; saúde materna.

Abstract

Introduction: The patient safety, as a health and safety quality component, has assumed a great relevance on health politics. The notification of error should be viewed as an opportunity for improvement. Likewise, the imbalances in professional welfare affect the services quality provided.

Objective: Describe the health professionals' (doctors and nurses) perception of the safety culture for the patient in the Obstetrics and Gynecology Department.

Methods: A quantitative cross-sectional and descriptive-correlational study. The data collection instrument is constituted by the Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ, 2004), the Satisfaction with life scale (Dinner et al., 1985) and socio-demographic and professional questions, applied to a sample of 121 health professionals.

Results: The sample consists mainly of female professionals (90.9%), with the nurse professional category (89.3%) and with the graduation level (86.0%). From the total sample, 66.9% didn't notify any event or occurrence in the last 12 months, 50.4% consider the patient safety level as acceptable and 45.5% as very good. The "teamwork" dimension was the one that, singly, got the highest positive value. However, this does not emphasize it as a strong argument. The dimensions classified as problematic are: "Nonpunitive response to error", "Staffing", "Frequency of events reported" and "Management support for patient safety", requiring priority intervention. The satisfaction with life found a predictive relation with the safety culture perception, with greater significance for "Nonpunitive response to error".

Conclusion: The patient safety culture in the Obstetrics and Gynecology Department, perceived by the participants in the study, is characterized as a culture of fear of punitive response to error. The safety of any organization should be a central concern and seen as an evolutive process, open to the implementation of corrective actions and influenced by sociodemographic and professional's variables, and by the satisfaction levels with the health professional's life.

Key words: patient safety; culture; quality of health care; medical errors; maternal health.

Sumário

	Pág.
Lista de Figuras	I
Lista de Quadros	II
Lista de Tabelas	III
Lista de Siglas e Abreviaturas	IV
Introdução	19
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	
1. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente	25
1.1 Cultura de Segurança	30
1.2 Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos	34
2. Segurança do Doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.....	37
3. Bem-Estar Subjetivo e Satisfação com a vida nos Profissionais de Saúde.....	41
2ª PARTE – Investigação Empírica	
4. Metodologia.....	45
4.1 Métodos	45
4.2 Participantes.....	47
4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	48
4.3 Instrumento de Recolha de Dados	50
4.3.1 Questionário avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais.....	50
4.3.2 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	58
4.4 Procedimentos.....	60
4.5 Análise de Dados	60
5 Resultados	63
5.1 Análise Descritiva.....	63
5.1.1 Caracterização da experiência profissional.....	63
5.1.2 Perceção da cultura de segurança do doente no DOG.....	66
5.1.3 Satisfação com a vida	78
5.2 Análise Inferencial	81
6 Discussão	95
7 Conclusão	105
Referências Bibliográficas	109

Anexos	113
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	115
Anexo II – Autorização para utilização do instrumento de recolha de dados.....	121
Anexo III – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados.....	125
Anexo IV – Autorizações das instituições de saúde para a realização do estudo.....	131

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Modelo de Reason - Queijo Suíço	29
Figura 2: Modelo Concetual.....	47
Figura 3 - Regressão múltipla entre satisfação com a vida e perceção da cultura de segurança....	92

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1- Dimensões, secção e item correspondente ao questionário de avaliação da cultura de segurança.....	51
Quadro 2 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados.....	53
Quadro 3 - Matriz de Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de avaliação da cultura de segurança.....	57
Quadro 4 - Teste de U de Mann-Whitney entre o sexo e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	82
Quadro 5 - Análise da variância entre a idade e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	83
Quadro 6 - Teste t para amostras independentes entre o estado civil e a perceção dos profissionais de saúde da cultura de segurança no DOG.....	84
Quadro 7 - Teste de U de Mann-Whitney entre formação académica e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	85
Quadro 8 - Teste de U de Mann-Whitney entre categoria profissional e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	86
Quadro 9 - Teste de Kruskal-Wallis entre experiência profissional (anos) e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	87
Quadro 10 - Teste t para amostras independentes entre a experiência profissional no DOG e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG (em anos).....	88
Quadro 11 - Teste de U de Mann-Whitney entre a formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG....	89
Quadro 12 - Teste de U de Mann-Whitney entre a intenção de realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	90
Quadro 13 - Teste de U de Mann-Whitney entre a notificação de EA nos últimos 12 meses e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.....	93
Quadro 14 - Benchmark média do percentual positivo (%).....	100

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1- Caraterização sociodemográfica da amostra segundo o Grupo Etário.....	48
Tabela 2- Caraterização sociodemográfica da amostra segundo o Estado Civil.....	49
Tabela 3- Caraterização sociodemográfica da amostra segundo a Formação Académica	49
Tabela 4- Caraterização sociodemográfica da amostra segundo a Categoria Profissional	50
Tabela 5- Consistência Interna do questionário de avaliação da cultura de segurança.....	55
Tabela 6- Consistência Interna da escala SWLS	59
Tabela 7: Caraterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência Profissional....	64
Tabela 8 - Caraterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência na Instituição	64
Tabela 9 - Caraterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência no DOG.....	64
Tabela 10 - Caraterização profissional da amostra segundo acreditação do serviço.....	65
Tabela 11 - Caraterização profissional da amostra segundo a instituição de trabalho	65
Tabela 12 - Caraterização profissional da amostra segundo a formação anterior no âmbito da segurança do doente e gestão do risco.....	66
Tabela 13 - Caraterização profissional da amostra segundo a intenção em frequentar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco.....	66
Tabela 14 - Trabalho em equipa: percentagem de respostas	67
Tabela 15 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: percentual de respostas	68
Tabela 16 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentagem de respostas.....	69
Tabela 17 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas.....	69
Tabela 18 - Perceções gerais sobre a segurança do doente: percentagem de respostas	70
Tabela 19 - Feedback e comunicação acerca do erro: percentagem de respostas	71
Tabela 20 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas.....	72
Tabela 21 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas.....	73
Tabela 22 - Trabalho entre as unidades: percentagem de respostas	73
Tabela 23 - Profissionais: percentagem de respostas	74
Tabela 24 - Transições: percentagem de respostas.....	75
Tabela 25 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas	76
Tabela 26 - Grau de segurança do doente e notificação de eventos nos últimos 12 meses.....	78

Tabela 27- Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função do sexo	78
Tabela 28 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da idade	79
Tabela 29 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função do estado civil	79
Tabela 30 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da experiência profissional	80
Tabela 31 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da formação acadêmica	80
Tabela 32 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da experiência profissional no DOG	81
Tabela 33 - Estimativas e rácios críticos das trajetórias da variável manifesta com as variáveis latentes.....	91

Lista de abreviaturas e siglas

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

Cf. - conforme

DGS – Direção Geral de Saúde

DOG – Departamento de Obstetrícia e Ginecologia

HSPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture)

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SWLS - *Satisfaction with life scale*

SPSS -- *Statistical Package for the Social Sciences*

Vs. - versus

Introdução

A segurança do doente é atualmente considerada um grave problema de saúde pública (Lima, 2014). Apesar da dificuldade em conhecer a verdadeira dimensão do problema, estima-se que anualmente vários milhões de doentes são vítimas de danos, lesões ou morte, devido à falta de segurança na prestação dos cuidados de saúde (Pimenta, 2013). A este propósito, Fragata (2011) refere que ocorrem cerca de dez eventos adversos por cada cem internamentos hospitalares. As falhas de segurança têm implicações a vários níveis, as primeiras vítimas são os utilizadores de cuidados de saúde, a quem o erro pode originar dano grave, potencialmente irreversível (Fragata, 2010). Além disso, existem ainda consequências diretas para os profissionais e instituição, não esquecendo o impacto negativo na economia da saúde (Fragata, 2010).

Nos últimos anos verificou-se uma crescente preocupação, pelas unidades de saúde, no que se refere à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, vários hospitais desenvolveram projetos de melhoria da qualidade, tendo como principal objetivo melhorar a segurança dos doentes e dos profissionais (Ramos & Trindade, 2013).

O desenvolvimento de uma cultura de segurança é um elemento essencial para melhorar a segurança e qualidade do atendimento. Para se estabelecer uma cultura de segurança numa organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (Reis, Martins, e Laguardia., 2013). Através da avaliação de risco e a análise dos incidentes é possível a obtenção de informação vital e a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais (Ramos & Trindade, 2013).

Na área da Obstetrícia e Ginecologia os estudos realizados sobre segurança do doente ainda são muito diminutos. Contudo, os eventos adversos em Obstetrícia e Ginecologia são relativamente comuns, mas muitas vezes evitáveis (Milne & Lalonde, 2007). O Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOG) envolve um duplo risco de morbilidade e mortalidade materna e fetal e requerem um clima seguro de segurança para evitar incidentes e eventos adversos (Gupta, Guleria & Arora, 2016).

Perante a escassez de estudos sobre segurança do doente no DOG, considerou-se pertinente desenvolver este trabalho, cuja finalidade consiste em contribuir para aumentar o

conhecimento sobre esta realidade e sensibilizar os profissionais de saúde para a importância de uma cultura de segurança na área da Obstetrícia e Ginecologia.

Neste contexto, definimos como objetivo descritivo: (i) Descrever a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG.

Por sua vez, como objetivos inferenciais consideramos: (ii) Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG; (iii) Analisar a relação entre a taxa de notificação de incidentes e EA e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG; (iv) Analisar a relação entre a satisfação com a vida dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a sua percepção de cultura de segurança do doente no DOG.

Trata-se de estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional, realizado em quatro hospitais portugueses, três da zona norte e um no centro-norte. A amostra é constituída pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a exercer funções no DOG das instituições supracitadas. O instrumento de recolha de dados é constituído pelo questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ, 2004), a Escala *Satisfaction with life scale* (Dinner et al, 1985) e questões sociodemográficas e profissionais.

O trabalho está estruturado em duas partes, integrando estas, no total, cinco capítulos: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusões.

O enquadramento teórico tem início com uma abordagem relativa à qualidade em saúde, salientando a importância da segurança do doente como indicador de qualidade. De seguida, é apresentada a evolução do conceito, definição e dimensões da cultura de segurança do doente, com especial ênfase para a importância do reconhecimento da inevitabilidade do erro e importância de notificação de eventos adversos. De seguida, o foco de atenção direciona-se para a segurança do doente no DOG, terminando com uma abordagem do bem-estar subjetivo e satisfação com a vida dos profissionais de saúde.

O segundo capítulo aborda a metodologia, que se inicia com a conceptualização do estudo e apresentação das questões de investigação e objetivos. Segue-se a caracterização da população e amostra e a apresentação do instrumento de recolha de dados. São descritos os procedimentos éticos e de colheita de dados, terminando com as medidas estatísticas utilizadas na análise dos dados. No capítulo seguinte, apresentam-se os resultados obtidos mediante a

análise estatística dos dados recolhidos. No quarto capítulo é efetuada a discussão dos resultados, à luz da bibliografia disponível e da coerência entre si. Termina-se com as conclusões, onde para além de destacados os resultados mais significativos, se inferem as implicações para a prática no sentido de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no DOG.

;

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1. Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

A qualidade em saúde é uma área cada vez mais atual, no entanto, segundo Fragata (2011), a sua definição é algo difícil. Para o *Institute of Medicine* (1999) a qualidade em saúde é definida como “o grau em que os serviços prestados ao doente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente” (como citado em Reis et al., 2013, p.2031). O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade (Despacho nº 1400-A015, 2015).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular (Despacho nº 1400-A015, 2015).

A segurança do doente, enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido grande relevância para pesquisadores, gestores, profissionais e doentes que desejam uma prestação de cuidados com elevado nível de eficácia e eficiência (Lima, 2014). Para Fragata (2010, p. 568), é impossível dissociar a segurança da qualidade, afirmando que “não existirá qualidade sem segurança”. A primeira vez que se abordou a qualidade em saúde foi por Florence Nightingale, no século XIX, posteriormente parametrizada por Ernest Codman no início do século XX, mas foi no ano de 1960 que Avedis Donabedian apresenta a primeira definição sobre o tema (Fragata, 2011). A partir da década de 2000, a segurança do doente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (Reis et al., 2013). Os Estados Unidos da América e vários outros países com configurações de sistemas de saúde distintos, dos quais se destacam Inglaterra, Irlanda, Austrália, Canadá, Espanha, França, Nova Zelândia e Suécia, desenvolveram iniciativas como a criação de institutos, associações e organizações tendo por base a questão da segurança do doente (Cassiani, 2005, como citado em Reis et al., 2013).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do doente a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Doente (*World Alliance for Patient Safety*) (Reis et al., 2013). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do doente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo. A Aliança Mundial para a Segurança do Doente, procura definir questões prioritárias na área da segurança do doente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infeções associadas ao cuidado de saúde (OMS, 2009, como citado em Reis et al., 2013). Por outro lado, e tendo como finalidade obter uma linguagem comum em relação à segurança do doente, em 2009, a OMS publicou um documento com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, possibilitando a comparação de dados de segurança do doente entre organizações a nível nacional e internacional. Entre os diversos conceitos definidos na Classificação Internacional para a Segurança do Doente, destacam-se os seguintes:

- Segurança do Doente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.
- Incidente de segurança do doente: é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
- Evento adverso: é um incidente que resulta em danos para o doente.
- Erro: falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
- Risco: é a probabilidade de ocorrência de um incidente.

(Portugal, MS, DGS, 2011, p.15).

Para além dos conceitos anteriormente definidos, Fragata (2010), apresenta o conceito de *near miss*, isto é, quando ocorre um erro, mas este é recuperado, não chegando a causar o dano que a sua trajetória deixava antever. Tendo em conta a frequência com que os *near miss* ocorrem, é importante que estes sejam vistos como uma oportunidade de aprendizagem, sem o ambiente de culpa ou dano.

A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética devido ao seu colossal contributo para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Despacho nº 5613-2015, 2015). Assim sendo, a qualidade em saúde, assume-se como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão”, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas das pessoas (Despacho nº 5613-2015, 2015, p.13551). Por outro lado, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do SNS. Acresce o facto da mobilidade europeia de doentes e de prestadores de cuidados de saúde posicionar o sistema de saúde numa lógica de livre concorrência com os sistemas de saúde dos outros Estados -membros europeus (Despacho nº 5613-2015, 2015). Os cidadãos nacionais e estrangeiros, atualmente mais informados, exigem, cada vez mais, transparência e esclarecimento sobre os benefícios e riscos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhes são propostos e sobre os serviços de saúde cuja qualidade se encontra reconhecida. Do mesmo modo, os compradores de serviços clínicos aumentam a exigência de garantia da qualidade e da segurança aos prestadores de cuidados de saúde com quem contratam, de forma a reduzirem o risco de EA com repercussão em custos de indemnização (Despacho nº 5613-2015, 2015). Segundo a OMS, os EA podem ocorrer em quaisquer contextos e modalidades assistenciais nos quais se prestam cuidados de saúde, contudo dados da publicação “To Err is Human”, conclui-se que só nos EUA morriam por ano entre 44.000 e 98.000 doentes por erros evitáveis no Sistema de Saúde (Fragata, 2010; Reis et al., 2013). Segundo a literatura existente, estima-se que “10% dos doentes internados sejam evitados de um qualquer erro, erros que em 2/3 dos casos não provocam acidentes, em 1/3 causam danos ligeiros ou moderados e em cerca de 5% provocam danos irreversíveis” (Fragata, 2010, p. 564).

As consequências nefastas resultantes de EA ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Os incidentes contribuem para um risco global significativo, pelo efeito numérico de acumulação e pelos efeitos nefastos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS (Despacho nº 1400-A015, 2015). Neste contexto, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na

Saúde 2015 -2020, tendo como objetivo contribuir para o reforço da equidade como dimensão essencial do SNS, entendida como a garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde se realiza em condições adequadas às necessidades, impondo o desafio, aos serviços prestadores de cuidados, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade e da segurança, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam os cuidados curativos, de reabilitação e de palição (Despacho nº 5613-2015, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 adota as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
- b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- d) Reforço da segurança dos doentes;
- e) Reforço da investigação clínica;
- f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

(Despacho nº 5613-2015, 2015, p.13552)

A prioridade dada pela presente Estratégia à segurança dos doentes insere-se no quadro de uma política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, respeitando a recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009. Esta prioridade deve ser considerada como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. A evidência tem demonstrado que as instituições de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, conseqüentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidente (Despacho nº 5613-2015, 2015).

Atualmente, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente pelas falhas na segurança do doente, acredita-se que os principais fatores responsáveis pela ocorrência de EA centram-se nas deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, na sua conceção, organização e funcionamento. Para Reason (2000), a premissa é de que “os seres

humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados” (como citado em Reis et al., 2013, p. 2032). Os erros são consequências, não causas, embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar nas condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason, 2000, como citado em Reis et al., 2013). Os EA podem ser resultados de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas e a ocorrência de EA é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, a sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (OMS, 2004, como citado em Reis et al., 2013). O mesmo é corroborado por Fragata (2010), ao afirmar que não existe uma única causa para um acidente, existindo fatores humanos, fatores sistêmicos ou organizacionais que proporcionam as falhas humanas, e um conjunto de condições ambientais latentes e de falhas na defesa que se alinham como buracos de segurança, num modelo que Reason popularizou como “Swiss Cheese” (queijo Suíço), representado na figura 1.

Figura 1 - Modelo de Reason - Queijo Suíço



Fonte: Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 26, pp. 564-570.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, reconhecendo as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais (Despacho nº 1400-A015, 2015). O primeiro passo para a integração de práticas mais seguras é garantir a maior visibilidade do erro e das suas implicações aos mais variados níveis. Este objetivo, conseguido através de relatos, auditorias, listas, revisão de processos, participação dos doentes, etc., é tanto mais eficaz quanto mais for

liderado pela própria equipa e divulgado internamente e regularmente (Berwick, 2008; Brock, Nolan e Nolan, 1998; Plesek, 1999 como citado em Lage, 2010). Desta forma, foi elaborado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança do doente, a partilha do conhecimento, da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

(Despacho nº 1400-A015, 2015, p.3)

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente da instituição onde exercem funções, tendo como principal objetivo a introdução de mudanças nos seus comportamentos e como consequente o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes (Despacho nº 1400-A015, 2015).

1.1 Cultura de Segurança

A Publicação do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos da América, intitulada “*To err is human*” (Kohn et al., 1999), enfatizou a necessidade de fortalecer uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do doente (Sousa & Mendes, 2014). O mesmo documento alertou ainda para a importância da aplicação de técnicas de segurança nas instituições de saúde semelhantes às adotadas em organizações de alta confiabilidade/fiabilidade. Estas organizações apresentam

elevados riscos envolvidos nos seus processos de trabalho, contudo alcançam uma boa gestão a nível do risco/segurança, são exemplos: indústria de aviação, energia nuclear, petróleo e gás. Para essas instituições, o foco primário não se encontra nos indivíduos, mas sim no sistema e nos processos de trabalho (Sousa & Mendes, 2014). Assim, e segundo Handler et. al. (2006), partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de EA, evitáveis em grande parte através de uma aprendizagem a partir dos erros ocorridos e da reestruturação dos processos (como citado em Sousa & Mendes, 2014).

As instituições de alta confiabilidade e com uma boa cultura de segurança do doente antecipam os EA como forma de preparação para lidar com eles em todos os níveis da organização. Para tal, fornecem aos seus colaboradores ferramentas para desenvolverem habilidades de converter tais EA em resistência melhorada do sistema (Lima, 2014). Também Kohn, Corrigan e Donaldson (2000), apontam para a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional como uma medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do doente no contexto hospitalar (como citado em Reis et al., 2013). A cultura de segurança de uma organização é, segundo a OMS, o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde (Portugal, MS, DGS, 2015a). As organizações contêm, assim, 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 (Portugal, MS, DGS, 2015a). Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela perceção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas (Sousa & Mendes, 2014). Para Cóx e Cox (1991), uma organização com uma cultura de segurança efetiva, é aberta e justa com os seus profissionais quando os incidentes ocorrem (como citado em Sousa & Mendes, 2014). Desta forma, os profissionais sentem-se motivados a relatar o erro, pois este é considerado como uma forma de aprendizagem e procura-se compreender o que está inadequado dentro do sistema (Sousa & Mendes, 2014).

O termo cultura de segurança difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma cultura de segurança fraca foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a Internacional Atomic Energy Agency. (Sousa & Mendes, 2014). Entretanto, alguns investigadores da área da

saúde, preocuparam-se em estudar o conceito de cultura de segurança nas organizações de saúde.

Segundo a OMS, as organizações de saúde contêm pelo menos dois obstáculos para promover a cultura de segurança: i) “a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido – ele está pronto para a tarefa; ii) a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade – o erro é equiparado à incompetência” (Sousa & Mendes, 2014, p. 82). Perante estes obstáculos, torna-se difícil para os profissionais de saúde admitir os seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (OMS, 2008 como citado em Sousa & Mendes, 2014). Contudo, é muito importante a consciencialização do erro e a aprendizagem através do mesmo, pois os dados demonstram que 50% dos EA nos cuidados de saúde são evitáveis (Gupta et al., 2016, p. 236).

O conceito de segurança do doente previlgia o “pensamento sistêmico”, o qual aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, na sua conceção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de danos ocasionados pelo cuidado de saúde em vez de culpar os indivíduos isoladamente (Sousa & Mendes, 2014). A ocorrência de incidentes em organizações de saúde é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, a sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros (OMS, 2004 como citado em Sousa & Mendes, 2014).

O “pensamento sistêmico” impulsiona o foco para a melhoria do desempenho organizacional e a promoção de uma cultura não punitiva, que encoraja o profissional a reconhecer e relatar os seus erros. Para Wachter (2012) o “pensamento sistêmico” promoveu a prestação de cuidados de saúde mais seguros, contudo chama a atenção para o facto de que a abordagem da não culpabilidade parece não ser apropriada para a totalidade de erros que ocorrem nas instituições de saúde (como citado em Sousa & Mendes, 2014). Se, por um lado, é facto que a cultura “da não culpabilidade” é uma postura adequada para a maior parte dos incidentes de segurança, alguns parecem requerer censura e responsabilização (Sousa & Mendes, 2014). Desta forma, surge o conceito de “cultura justa”, isto é, procura-se identificar e abordar as questões dos sistemas que levam os indivíduos a adotar comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente (AHRQ, 2010 como citado em Sousa & Mendes). Pretende estabelecer a diferença entre erro humano (por exemplo, cometer deslizes), comportamento de risco (por exemplo, ir por atalhos), e comportamento imprudente

(por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns (Sousa & Mendes, 2014).

A cultura de segurança é um fenómeno complexo, constituído por diversas subculturas como a liderança, trabalho em equipa, prática baseada na evidência, comunicação e a prática centrada no doente (Gupta et al., 2016).

A segurança do doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direccionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais (Portugal, MS, DGS, 2015a).

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planeamento de ações que procuram a redução de EA, e consequentemente cuidados de saúde mais seguros. Para se estabelecer uma cultura de segurança numa organização de saúde, o primeiro passo é avaliar a cultura corrente (Reis et al., 2013). A partir da avaliação da cultura de segurança nas instituições de saúde, tem-se acesso às informações dos profissionais sobre as suas perceções e comportamentos relacionados com a segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas e como consequente planear e implementar intervenções para a sua melhoria (Sorra e Neiva, 2004, como citado em Sousa & Mendes, 2014).

A cultura de segurança constitui um dos Objetivos Estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, D.R, II, de 10 de fevereiro), o qual, está integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R, II, de 27 de maio), designadamente na prioridade nacional Segurança do Doente (Portugal, MS, DGS, 2015b). Assim, foi realizado um estudo ao abrigo de um protocolo de cooperação firmado entre a Direção Geral de Saúde (DGS) e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar que visa, de entre outros objetivos, a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente nos serviços prestadores de cuidados do SNS (Portugal, MS, DGS, 2015b). As principais conclusões do estudo são:

- A cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições;
- A cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais é fraca;
- A adesão dos hospitais privados foi reduzida (Portugal, MS, DGS, 2015b).

Estes resultados opõem-se em grande parte às recomendações da OMS (2008), nomeadamente, as organizações de saúde necessitam de se tornar mais resilientes, ou seja, um

sistema que continuamente previne, deteta, mitiga ou diminui o perigo, ou a ocorrência de incidentes (como citado em Sousa & Mendes, 2014).

Espera-se que a cultura de segurança nas instituições de saúde seja constituída pelos seguintes componentes:

- Uma cultura justa, em que haja o consenso entre as pessoas relativamente a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize a procura das suas causas;
- Uma cultura de notificação de incidentes, que privilegie a informação (incluindo a recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falar sobre os seus erros e a notifica-los;
- Uma cultura de aprendizagem, já que a organização constitui uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles.

(OMS, 2008 como citado em Sousa & Mendes, 2014).

1.2 Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

A investigação dos últimos 10 anos demonstra que pelo menos 10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde. É da responsabilidade do profissional de saúde evitar que isso aconteça. No entanto, poucos profissionais registam os seus erros e uma percentagem ainda menor os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro (Lage, 2010).

A OMS, em 2002, sensibilizou todos os Estados Membros para a problemática da segurança dos doentes nas instituições de Saúde. Em 2004, cria a *World Alliance for Patient Safety* e publica, em 2009, a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, como instrumento de uniformização de conceitos na área da segurança do doente, estabelecendo a linguagem de referência para a recolha de informação uniforme e comparável para o relato e análise de incidentes de segurança do doente. (Despacho nº 1400-A015, 2015).

A OMS e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de

reclamações e ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (Despacho nº 1400-A015, 2015). A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro (Despacho nº 1400-A015, 2015).

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. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo, mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro” (Despacho nº 1400-A015, 2015, p.9). O responsável pelas iniciativas da Segurança do Doente da OMS, Sir Liam Donaldson, afirma “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável” (Portugal, MS, DGS, 2014c, p.2). Quando algo corre mal, as pessoas tendem, geralmente, a centrar-se no resultado do acontecimento em vez de se focarem no processo e nas estruturas envolvidas nesse resultado (Portugal, MS, DGS, 2014c). Um dos pilares que sustenta o atual paradigma da segurança do doente é a identificação de incidentes e de EA, admitindo-se e aceitando-se que os mesmos podem ocorrer na prestação de cuidados de saúde, mas que são, na sua maioria, evitáveis (Portugal, MS, DGS, 2014a).

A necessidade da prática sistemática da identificação de incidentes e de EA, conduziu à implementação, pela DGS, do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA), como estratégia prioritária, do sistema de saúde, para aumentar a segurança dos doentes. Neste sentido, o SNNIEA encontra-se estruturado de acordo com as recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia, é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, abrange todos os níveis e áreas da prestação de cuidados, dotando os profissionais de saúde e os cidadãos de uma ferramenta para a notificação e aprendizagem com o erro (Portugal, MS, DGS, 2014a). Entretanto, o SNNIEA acabou por sofrer algumas alterações, potenciando a sua estrutura e organização de conteúdos passando a designar-se de Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA (Portugal, MS, DGS, 2014b). O NOTIFICA, tal como foi disponibilizado, caracteriza-se por ser uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, que habilita à gestão de incidentes e EA, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde (Portugal, MS, DGS, 2014b). Este relato tem dois objetivos: aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local de trabalho e, através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados, gerar informação

útil para corrigir as fragilidades identificadas (Lage, 2010). Pretende-se que, cada notificação, estimule a melhoria do sistema e previna a repetição das condições que determinaram o incidente ou EA. Assim, a plataforma de notificação surge como um instrumento de melhoria contínua da qualidade e segurança do doente que, ao ser implementado, promove, progressivamente, uma cultura de segurança do doente em todos os prestadores de cuidados de saúde (Portugal, MS, DGS, 2014a).

A melhoria da qualidade ligada à segurança do doente requer também a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. Sublinha-se, portanto, a estreita complementaridade existente entre uma análise a priori, que é enriquecida a partir de análises à posteriori, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança (Despacho nº 1400-A015, 2015). Assim, torna-se fundamental avaliar em cada relato determinados aspetos, nomeadamente, se atingiu ou não o doente, se provocou uma nova intervenção terapêutica, se prolongou o tempo de internamento e se causou algum dano. Esta investigação sistemática permite determinar as áreas de intervenção prioritárias, seja pela maior frequência ou pela maior gravidade do dano associado aos incidentes com elas relacionados (Lage, 2010).

A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (Despacho nº 1400-A015, 2015).

2. Segurança do Doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia

Os EA em Obstetrícia e Ginecologia são relativamente comuns, mas muitas vezes evitáveis (Milne & Lalonde, 2007). O DOG envolve um duplo risco de morbidade e mortalidade materna e fetal e requerem um clima seguro de segurança para evitar EA (Gupta et al., 2016).

Segundo o estudo elaborado em Espanha sobre segurança do doente e EA relatados nos serviços de Obstetrícia, concluiu que a incidência de EA relacionada com os cuidados obstétricos foi de 3,6%. Os EA mais frequentes estão relacionados com intervenções cirúrgicas ou procedimentos técnicos (59,4%). Nenhum dos EA detetados foram considerados graves. Contudo, em 36,7% dos casos houve um aumento do tempo de internamento das mulheres, e 13,3% levaram à readmissão hospitalar. Procedimentos adicionais foram necessários após 71,9% dos EA, sendo que 59,4% necessitaram de tratamento complementar. Por fim, 56,3% dos EA foram considerados preveníveis (Aibar, Rabanaque, Aibar, Aranaz, & Mozas, 2015).

Os cuidados obstétricos caracterizam-se por clientes em idade mais jovem, baixa frequência de co morbidades e alta expectativa para resultados bem-sucedidos. No entanto, alguns fatores podem aumentar o risco obstétrico e favorecer o aparecimento de incidentes e EA. Desta forma, é importante a adoção de medidas para a deteção e identificação dos EA, tendo como principal finalidade reduzir os riscos ou atenuar as suas consequências (Aibar et al., 2015). Assim,, é importante a implementação de medidas de segurança do doente no DOG. Tal é confirmado pelo estudo efetuado por Milne & Lalonde (2007) onde realizaram a aplicação de um Programa obstétrico de segurança do doente "Gestão Eficiente de Riscos Obstétricos" (MORE^{OB}). Desenvolvido ao longo de um período de dois anos, estendeu-se a 126 hospitais em cinco províncias do Canadá. Este programa tinha como princípio orientador a segurança do doente, através da criação de um cultura onde:

- A segurança do doente é a primeira prioridade de todos;
- Há confiança e respeito por todos os profissionais de saúde;
- Uma comunicação eficaz é altamente valorizada;
- O modelo de atendimento está focado na colaboração interprofissional e trabalho em equipa;
- A aprendizagem reflexiva é uma prática quotidiana;

- O conhecimento deve ser compartilhado (Milne & Lalonde, 2007).

Os resultados tornaram-se visíveis logo nos primeiros três anos de aplicação do programa, sendo possível observar uma melhoria na cultura de segurança do doente, com diminuição de EA, melhoria da qualidade dos cuidados e consequente redução de custos para os Hospitais envolvidos (Milne & Lalonde, 2007). Mais concretamente, o programa MORE^{OB} produziu uma melhora significativa em diversas taxas da área da Obstetrícia, por exemplo, foi relatada uma diminuição do número de lacerações perineais de terceiro e quarto graus e no tempo de internamento. Além disso, observou-se uma diminuição significativa no risco de morbidades graves no neonato (Milne, Walker, & Vlahaki, 2013).

Internacionalmente, as estratégias de segurança dos doentes advogam medir a cultura de segurança como uma estratégia para melhorar a segurança do doente (Allen, Chiarella, & Homer, 2010). A evidência sugere que é necessário entender completamente a cultura de segurança do doente no DOG na tentativa de identificar possíveis estratégias para melhorar a segurança do doente neste cenário (Allen et al., 2010). A cultura de uma organização, ou as atitudes e crenças dos profissionais de saúde dentro dela, influenciará as suas capacidades de responder a EA. Uma cultura de segurança positiva em cuidados de saúde destaca a importância de um forte compromisso de gestão e liderança, onde a segurança é uma prioridade para a organização (Perry, 2002; NPSA, 2004; Hindle et al., 2006 como citado em Allen et al., 2010).

Para Gambone e Reiter (2008) a obstetrícia é uma área de cuidados que apresenta um maior número de queixas (como citado em Aibar et al., 2015). Tal acontece devido a diferentes fatores na prestação de cuidados obstétricos que expõem esta especialidade, em maior medida do que outras, a erros, negligências e suas consequências. Entre esses fatores estão a variedade de profissionais (por exemplo, obstetras, parteiras e pediatras), atividades e equipamentos envolvidos, falta de comunicação entre profissionais, incertezas, medo de litígios e baixa tolerância a erros (Aibar et al., 2015). Perante tal acontecimento, foi realizado um estudo por Pettker, et al. (2014), onde foram analisadas as reclamações de responsabilidade de um sistema hospitalar durante dois períodos de cinco anos (1998-2002 e 2003-2007), antes e depois da implementação do programa de segurança. Foram relatadas 44 reclamações durante o período de estudo (10 anos). Confrontados o antes e depois da implementação do programa de segurança verificou-se os seguintes dados: Reclamações 30 versus 14, e pagamentos 50,7 milhões versus 2,9 milhões de dólares (equivalente a 45,3 milhões versus 2,6 milhões de euros).

Em síntese, uma iniciativa de segurança obstétrica pode melhorar a exposição a reclamações/queixas e a reduzir os pagamentos de responsabilidade. (Pettker, et al., 2014).

Os EA no DOG são uma realidade, pelo que é de extrema importância compreender a cultura de segurança da instituição e promover a notificação de incidentes e EA. Desta forma, é possível uma aprendizagem com o erro e ainda adequar as estratégias necessárias a serem desenvolvidas para promover um ambiente mais seguro na prestação de cuidados de saúde.

3. Bem-Estar Subjetivo e Satisfação com a vida nos Profissionais de Saúde

O tema bem-estar é recorrente na sociedade moderna e apresenta-se como uma das principais preocupações das pessoas no seu dia-a-dia (Oliveira, et al., 2009). Compreende a análise científica do modo como os indivíduos avaliam as suas vidas, quer no próprio momento quer por longos períodos da sua vida (Diener, 2000 como citado em Júlio, 2013). Lever (2004) descreve o bem-estar como um constructo relacionado com diferentes áreas da vida: relações familiares, saúde familiar, educação dos filhos, traços de personalidade, relações com os pares, socialização, atividades sociais, desenvolvimento e conhecimento pessoal, atividades políticas, trabalho, atividades de recreação ativa e passiva, expressão pessoal e criatividade (como citado em Oliveira, et al., 2009). Assim sendo, o bem-estar subjetivo corresponde à satisfação que cada indivíduo confere a áreas distintas de sua vida, sendo por isso considerado um conceito multidimensional (Oliveira, et al., 2009).

O bem-estar subjetivo apresenta três atributos fundamentais que o distinguem de outros conceitos: “subjetividade, ou seja, não devem ser consideradas condições externas objetivas (saúde, conforto, riqueza, entre outros), medidas positivas (predominância de fatores positivos) e uma avaliação global (que inclua diversos aspetos da vida de uma pessoa)” (Diener, 1984 como citado em Júlio, 2013, p.9). A satisfação com a vida, afeto positivo e baixo nível de afeto negativo, são três componentes distintas que se relacionam entre si e constituem o bem-estar subjetivo (Diener, 1984 como citado em Júlio, 2013). Assim, o bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação da satisfação com a vida e reflete as expressões de cada pessoa relativamente aos seus critérios de satisfação existencial como um todo, englobando domínios específicos como saúde, trabalho, condições de habitação, relações sociais. Reflete, em parte, o bem-estar subjetivo individual; o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as suas experiências de vida de maneira positiva (Oliveira, et al., 2009).

Nos últimos tempos, as instituições têm revelado uma maior atenção à repercussão do trabalho sobre o trabalhador, assim como os efeitos desta relação nas suas instituições (Pereira, 2002).

A ligação afetiva com uma organização pode incluir experiências emocionais positivas, que se traduzem em sentimentos positivos como entusiasmo, orgulho, contentamento, confiança, apego e dedicação (Siqueira, 1995 como citado em Siqueira & Padovam, 2008).

Através desta concepção, é esperado que as relações estabelecidas pelo indivíduo com a organização que o emprega sejam assentes numa interação que lhe proporcione vivências positivas e prazerosas. Caso essa situação não se verifique, é possível a experiência de sensações negativas ou de desprazer por trabalhar na organização. Nesse caso, seria observada ausência de compromisso afetivo e possível desencadeamento de experiências negativas no dia-a-dia do trabalhador (Siqueira & Padovam, 2008).

O DOG é uma área sujeita a inúmeros fatores de stress, com uma elevada suscetibilidade a erros, negligências e suas consequências (Aibar et al., 2015). Estudos demonstram que desequilíbrios no bem-estar do profissional leva a consequências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção (Pereira, 2002).

Em síntese, é importante o bem-estar subjetivo dos profissionais de saúde, pois uma experiência subjetiva positiva, com traços individuais positivos e com instituições positivas podem contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, prevenir patologias e melhorara a prestação de cuidados (Siqueira & Padovam, 2008).

2ª PARTE – Investigação Empírica

4. Metodologia

Neste capítulo procuramos apresentar aspetos de natureza metodológica, com o intuito de obter resposta face à problematização inicial. Assim, começamos por apresentar um breve enquadramento do estudo, seguindo-se a descrição das questões e objetivos de investigação. Posteriormente serão definidos os critérios de seleção dos participantes, caracterização da amostra e apresentação do instrumento utilizado na colheita de dados, indicando e justificando as técnicas e métodos estatísticos adotados.

4.1 Métodos

As discussões sobre a segurança dos doentes têm-se ampliado consideravelmente no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de EA tem-se acentuado nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública (Grigoletto, Gimenes & Avelar, 2011 como citado em Lima, 2014).

Torna-se evidente a necessidade de uma intervenção global nas questões da segurança do doente, pelo que a OMS lançou vários desafios, com por exemplo a criação e implementação de Sistemas de Notificação de Incidentes nas organizações de saúde. A principal finalidade destes sistemas é a partilha e aprendizagem com os erros de forma a encontrar soluções para a sua prevenção (Trindade, 2013). No entanto, poucos profissionais registam os seus erros e uma percentagem ainda menor os analisam, o que dificulta a aprendizagem e a prevenção de ocorrências semelhantes no futuro (Lage, 2010).

Na área da Obstetrícia e Ginecologia os estudos realizados sobre a temática da segurança do doente são mínimos. Por este motivo, e tendo em conta que é consensual entre alguns autores que ainda há muito a fazer nesta área, consideramos pertinente o desenvolvimento deste estudo, procurando assim conhecer melhor este fenómeno.

Atendendo à problemática, colocámos as seguintes questões de investigação:

- (i) Qual a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG?

- (ii) Que variáveis sociodemográficas e de contexto profissional influenciam a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG?
- (iii) Qual a relação entre a taxa de notificação de incidentes e EA e a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG?
- (iv) Qual a relação entre a satisfação com a vida dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e a sua perceção sobre a cultura de segurança do doente no DOG?

No sentido de obter respostas às questões anteriores, definimos como objetivo descritivo:

- (i) Descrever a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG.

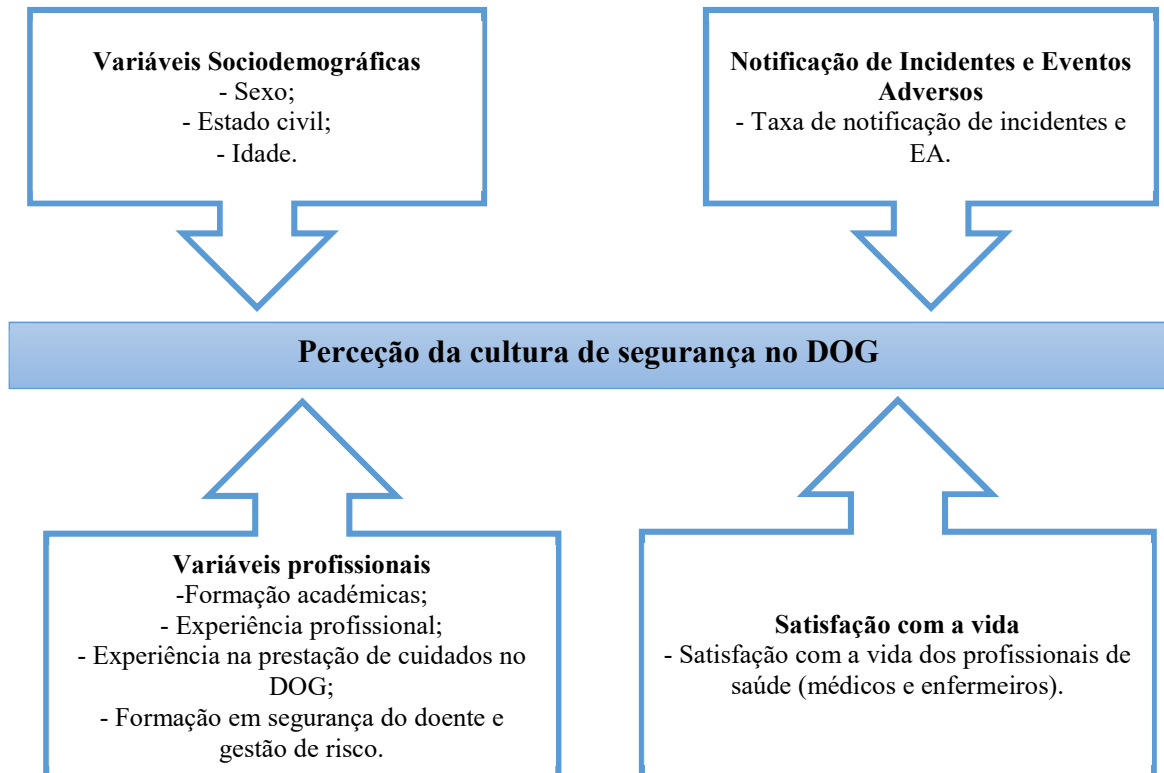
Por sua vez, como objetivos inferenciais consideramos:

- (ii) Determinar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais na perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG;
- (iii) Analisar a relação entre a taxa de notificação de incidentes e EA e a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG;
- (iv) Analisar a relação entre a satisfação com a vida dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a sua perceção de cultura de segurança do doente no DOG.

Para a consecução das questões e objetivos formulados, delineamos um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional. A abordagem é quantitativa consistindo num processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, tendo como principais características a objetividade, a predição, o controlo e a generalização. Por outro lado, é um estudo transversal pois o estudo do fenómeno decorre num período de tempo definido (Fortin, 2009).

O esquema conceptual, representado na figura 2, foi elaborado tendo por base a revisão teórica, os objetivos e as questões de investigação formuladas. Pretende-se, assim, demonstrar de uma forma simplificada o tipo de relações que se pretendem analisar de forma inferencial.

Figura 2: Modelo Concetual



Neste estudo, as variáveis independentes ou manifestas foram subdivididas em quatro grupos: variáveis de caracterização sociodemográfica onde incluímos a idade, estado civil e o sexo; variáveis profissionais, onde incluímos as habilitações académicas, a experiência profissional (em anos), a experiência na prestação de cuidados no DOG (em anos) e a formação em segurança do doente e gestão do risco; a taxa de notificação de incidentes e EA e as variáveis relativas à satisfação com a vida dos profissionais de saúde. Por outro lado, a percepção da cultura de segurança do doente no DOG é a nossa variável dependente ou latente.

4.2 Participantes

A população alvo da investigação realizada é constituída por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a exercer funções nos serviços de Obstetrícia/Puerpério, Ginecologia e Sala de Partos de quatro instituições de saúde, três hospitais da zona norte do país e um hospital da região centro norte, num total de 229 elementos.

Para a constituição da amostra, recorremos a uma amostra do tipo não probabilística por conveniência. Na determinação da amostra utilizaram-se como critérios de inclusão: exercer atividade nos serviços anteriormente referidos, participação voluntária no estudo e encontrar-se a exercer funções durante o período de recolha de dados. Excluíram-se todos os que se encontravam de férias ou ausentes temporariamente do serviço por outros motivos.

Dos 229 questionários distribuídos, foram recolhidos 126 questionários, perfazendo uma taxa de adesão de 55%. Posteriormente, foram eliminados cinco questionários tendo em conta os critérios de exclusão recomendados pelos autores da escala original (a abordar no subcapítulo seguinte), constituindo-se assim uma amostra de 121 profissionais de saúde. Assim, obtemos uma margem máxima de erro face à população de 6,13, com intervalo de confiança de 95%.

4.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Idade

A maioria dos participantes neste estudo pertence ao sexo feminino (90,9%). Pela tabela 1 verificamos que o grupo etário mais representativo é o dos 35 aos 44 anos com 37,2%. Analisando os resultados em função do sexo aferimos que tanto os homens como as mulheres se enquadram nestas idades (45,5% vs 36,4%). Denota-se que no sexo masculino o percentual mais baixo ocorre nos que possuem idade inferior a 35 anos (18,2%) e no feminino superior ou igual a 45 (30,0%).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Grupo Etário

Grupo Etário	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<= a 34 anos	2	18,2	37	33,6	39	32,2
35 – 44 anos	5	45,5	40	36,4	45	37,2
>= 45 anos	4	36,4	33	30,0	37	30,6
Total	11	100	110	100	121	100

Estado Civil

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes vive com companheiro (58,7%), com um percentual para os homens de 72,7% e para as mulheres de 57,3%.

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra segundo o Estado Civil

Estado Civil	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sem companheiro	3	27,3	47	42,7	50	41,3
Com companheiro	8	72,7	63	57,3	71	58,7
Total	11	100	110	100	121	100

Formação Acadêmica

Na tabela 3, podemos observar, relativamente à formação acadêmica, o predomínio do grau de licenciado (86,0%), apresentado valores de 72,7% para o sexo masculino e de 87,3% para o sexo feminino.

Tabela 3- Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a Formação Acadêmica

Formação Acadêmica	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	n	%	n
Licenciatura	8	72,7	96	87,3	104	86,0
Mestrado/Doutoramento	3	27,3	14	12,7	17	14,0
Total	11	100	110	100	121	100

Categoria Profissional

A classe profissional com maior prevalência neste estudo foi a dos enfermeiros (89,3%) comparativamente com a classe médica (10,7%). Entre os enfermeiros o grupo profissional com maior representatividade são os do sexo feminino (93,6%).

Tabela 4-Caraterização sociodemográfica da amostra segundo a Categoria Profissional

Categoria Profissional	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	n	%	n
Enfermeiro	5	45,5	103	93,6	108	89,3
Médico	6	54,5	7	6,4	13	10,7
Total	11	100	110	100	121	100

4.3 Instrumento de Recolha de Dados

A seleção do instrumento de recolha de dados (Anexo I) foi realizada a partir da pesquisa bibliográfica efetuada no âmbito do tema em estudo, tendo em conta os objetivos definidos, o local de realização do estudo, as características da amostra, bem como a sua facilidade de aplicação.

O instrumento de recolha de dados é constituído por três partes, inicialmente optámos por utilizar uma versão adaptada do questionário “Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais” traduzido e validado para a população portuguesa, por Eiras (2008), do original *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)*, (Agency for Healthcare Research and Quality, [AHRQ], 2004). Na segunda parte, a Escala de Satisfação com a vida/ *Satisfaction with life scale (SWLS)* elaborada por Diener et al. (1985) e posteriormente adaptada para a população portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990) e uma última parte onde se inserem as questões sociodemográficas e profissionais.

A página inicial do instrumento de recolha de dados apresenta uma breve contextualização do estudo e o âmbito para que é realizado, ao mesmo tempo que se solicita a colaboração dos profissionais para a sua concretização. Neste mesmo espaço, é ainda realizada uma breve descrição de conceitos chave como “evento/ocorrência” e “segurança do doente”.

4.3.1 Questionário avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais

O questionário *HSPSC*, permite avaliar 12 dimensões da cultura de segurança do doente, monitorizar alterações ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções nesta área. Este

instrumento foi traduzido e validado para Portugal, e possibilita a realização de exercícios internacionais de benchmarking, visto que está traduzido em pelo menos 23 línguas e está a ser utilizado em cerca de 41 países (DGS, 2015a). É um instrumento fiável de enorme utilidade na identificação de constrangimentos e questões que orientem o investimento na melhoria contínua da segurança do doente. Foi desenvolvido de forma suficientemente abrangente para ser usado na generalidade dos hospitais e inclui os fatores determinantes para a construção do conceito de “Cultura de Segurança do Doente” (Eiras, 2011).

As 12 dimensões a considerar correspondem a: trabalho em equipa; expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; apoio à segurança do doente pela gestão; aprendizagem organizacional – melhoria contínua; perceções gerais sobre a segurança do doente; feedback e comunicação acerca do erro; abertura à comunicação; frequência da notificação de eventos; trabalho entre as unidades; profissionais; transições; resposta ao erro não punitiva. Os itens correspondentes a cada dimensão e secção podem observar-se no quadro 1.

Quadro 1- Dimensões, secção e item correspondente ao questionário de avaliação da cultura de segurança.

DIMENSÕES	SECÇÃO	ITEM
1: Trabalho em equipa	A	Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se (A1)
		Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa, para o conseguir fazer (A3)
		Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito (A4)
		Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (A11)
2: Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	B	O meu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (B1)
		O meu supervisor/diretor leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (B2)
		Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso ponha em causa a segurança do doente (B3)*
		O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente (B4)*
3: Apoio à segurança do doente pela gestão	F	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente (F1)
		As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade (F8)
		A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade (F9)*
4: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente (A6)
		Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas (A9)
		Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente (A13)
5: Perceções gerais sobre a segurança do doente	A	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade (A10)*
		Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho (A15)
		Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente (A17)*
		Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos eventos/ocorrências (A18)

(Cont. Quadro 2- Dimensões, secção e item correspondente ao questionário de avaliação da cultura de segurança)

6: Feedback e comunicação acerca do erro	C	É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de eventos/ocorrências (C1)
		Somos informados acerca de eventos/ocorrências que aconteçam neste Serviço/unidade (C3)
		Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de eventos/ocorrências (C5)
7: Abertura à comunicação	C	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (C2)
		Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (C4)
		Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (C6)*
8: Frequência da notificação de eventos	D	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? (D1)
		Quando um evento/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? (D2)
		Quando um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece, com que frequência é notificado? (D3)
9: Trabalho entre as unidades	F	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (F2)*
		Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (F4)
		É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital (F6)*
		Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (F10)
10: Profissionais	A	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (A2)
		Os profissionais trabalham mais horas por turno, o que pode pôr em causa a segurança do doente (A5)*
		Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente (A7)*
		Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa (A14)*
11: Transições	F	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro (F3) *
		É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (F5) *
		Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital (F7) *
		As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente (F11) *
12: Resposta ao erro não punitiva	A	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (A8) *
		Quando um evento/ocorrência é notificada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si (A12) *
		Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal (A16)*

***As questões serão cotadas de forma invertida**

Ao longo do questionário existem perguntas direcionadas em sentido positivo e outras em sentido negativo. Posteriormente, para proceder à análise de cada uma das dimensões, serão invertidas as respostas às questões 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16 e 17 da secção B, questões 3 e 4 da secção C, questão 6 da secção D, e questões 2, 3, 5, 6, 7, 9 e 11 da secção G.

No total, o questionário integra 42 itens, incluindo, ainda, duas variáveis de item único: grau de segurança do doente e número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses. Apresenta-se sob a forma de escala tipo *Likert*, graduada em cinco níveis para os 42 itens, onde 1 corresponde a “discordo fortemente” ou “nunca” e 5 a “concordo fortemente ou “sempre”. Após a inversão das respostas às questões anteriormente referidas, procedeu-se à recodificação da escala, de cinco para três níveis. Depois da recodificação, o 1 corresponde ao total de respostas negativas (integra o ponto 1 e 2 da escala anteriormente referida), o 2 corresponde a respostas neutras e o 3 diz respeito a respostas positivas (agregando o ponto 4 e 5 da escala anterior), tal como é possível observar no quadro 2.

Quadro 3 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados

1	2	3	4	5	Código Base
Discordo fortemente	Discordo	Não concordo	Concordo	Concordo fortemente	
Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	
Negativo		Neutro	Positivo		Recodificação
1		2	3		

Os resultados serão apresentados para cada um dos itens, agrupados por dimensões, traduzindo a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG através de um valor percentual de respostas positivas, negativas e neutras. Resultados mais elevados indicam uma melhor perceção de cultura de segurança do doente. A análise de cada uma das dimensões que constituem a escala permite verificar quais os fatores e indicadores relativos à cultura de segurança do doente que se evidenciam fortes e quais os problemáticos. Utilizando os critérios da AHRQ (como citado em Fernandes & Queirós, 2011), os resultados positivos acima de 75% classificam esse aspeto da cultura de segurança como forte (muito bom nível), inferiores a 50% representam áreas problemáticas ou aspetos críticos. Para os valores intermédios (> 50% e < 75%), a AHRQ não apresenta uma classificação. Desta forma, seguindo a mesma linha de pensamento de Fernandes & Queirós (2011), decidimos considerar os fatores que integram este intervalo como não sendo problemáticos, mas devem ser encarados como oportunidade de melhoria.

No que concerne à validação dos questionários, foram consideradas as recomendações dos autores da escala original (Sorra e Nieva, 2004). Assim, foram excluídos os questionários que apresentassem:

- Menos de metade dos itens preenchidos ao longo de todo o questionário;
- Nenhuma secção completamente preenchida;
- Todos os itens preenchidos de igual modo, exceto na secção E.

Desta forma, dos 126 questionários preenchidos, 5 foram excluídos por apresentarem pelo menos uma das recomendações, como já foi referido anteriormente.

Estudou-se a fiabilidade do questionário de avaliação da cultura de segurança através do estudo de consistência interna das suas dimensões. Para tal, procedeu-se à determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*, pois, segundo Coutinho (2013), é o indicador mais aconselhado para instrumentos de tipo de escala de Likert como é o caso. Segundo a mesma autora, o coeficiente de *alfa de Cronbach* pode tomar qualquer valor entre 0 e 1, onde quanto mais elevada é a consistência interna, mais os enunciados dos respetivos itens estão correlacionados e maior é a homogeneidade da dimensão. Para Wiersma (1995 como citado em Coutinho, 2013), resultados iguais ou superiores a 0.70 são considerados o limiar aceitável para se considerar a existência de uma boa consistência interna.

No presente estudo, foram analisadas as estatísticas (médias e desvios padrão), assim como as correlações entre cada item e o valor por dimensão, que nos permitem observar como o item individual se relaciona com o valor global, representado na tabela 5.

Os valores de Alfa de Cronbach variam entre 0,925 e 0,931 por item e entre 0,86 e 0,88 por dimensão, o que indica boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item A16 foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,071$). A correlação máxima situa-se no item C5 ($r=0,746$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor no item A5 e o maior no item A1. No que concerne aos valores de Alfa de Cronbach por dimensões, podemos auferir que estes são muito similares entre si, apresentam valores entre 0,86 e 0,88. A nível da escala global, apresenta valores de *Alpha de Cronbach* ligeiramente superiores quando comparados com o estudo desenvolvido para a validação do contexto sociocultural português, 0,93 e 0,91 respetivamente.

Tabela 5- Consistência Interna do questionário de avaliação da cultura de segurança.

Dimensão	Item	Média	Dp	R item/ total	α sem item	α	α Eiras et al. (2014)
1: Trabalho em equipa	A1	4,07	0,776	0,406	0,928	0,87	0,73
	A3	3,91	0,885	0,437	0,928		
	A4	3,87	0,785	0,510	0,927		
	A11	3,21	0,959	0,437	0,928		
2: Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1	3,38	1,074	0,603	0,926	0,86	0,72
	B2	3,52	0,992	0,743	0,925		
	B3	3,31	0,973	0,408	0,928		
	B4	3,79	0,965	0,636	0,926		
3: Apoio à segurança do doente pela gestão	F1	3,42	0,883	0,592	0,927	0,87	0,77
	F8	3,36	0,784	0,430	0,928		
	F9	3,14	0,859	0,401	0,928		
4: Aprendizagem organizacional – melhoria continuaZZZZZa	A6	3,57	1,079	0,603	0,926	0,86	0,71
	A9	3,17	0,960	0,448	0,928		
	A13	3,56	0,939	0,641	0,926		
5: Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10	3,48	1,126	0,421	0,928	0,87	0,62
	A15	3,31	1,109	0,413	0,928		
	A17	3,58	0,955	0,472	0,928		
	A18	3,40	0,832	0,609	0,927		
6: Feedback e comunicação acerca do erro	C1	3,55	0,931	0,529	0,927	0,86	0,76
	C3	3,49	1,034	0,517	0,927		
	C5	3,52	0,976	0,746	0,925		
7: Abertura à comunicação	C2	3,69	0,913	0,542	0,927	0,86	0,67
	C4	3,06	1,019	0,642	0,926		
	C6	3,55	0,948	0,323	0,929		
8: Frequência da notificação de eventos	D1	2,69	1,204	0,368	0,929	0,88	0,90
	D2	2,92	1,137	0,439	0,928		
	D3	3,17	1,135	0,433	0,928		
9: Trabalho entre unidades	F2	3,21	0,798	0,478	0,928	0,86	0,69
	F4	3,28	0,809	0,557	0,927		
	F6	3,64	0,719	0,455	0,928		
	F10	3,44	0,752	0,633	0,927		
10: Profissionais	A2	2,87	1,211	0,481	0,928	0,87	0,48
	A5	2,60	1,173	0,253	0,930		
	A7	3,72	1,082	0,099	0,931		
	A14	2,84	1,080	0,535	0,927		
11: Transições	F3	3,48	0,886	0,361	0,929	0,87	0,71
	F5	3,65	0,946	0,408	0,928		
	F7	3,48	0,786	0,449	0,928		
	F11	3,69	0,921	0,214	0,930		
12: Resposta ao erro não punitiva	A8	2,96	1,003	0,568	0,927	0,87	0,57
	A12	3,04	0,961	0,434	0,928		
	A16	2,64	1,007	0,071	0,931		
α da Escala Global					0,929	0,88	0,914

Efetuamos uma matriz de correlação de Pearson entre as diferentes subescalas e fator global cujos resultados se apresentam no quadro 3. Afere-se que as correlações entre as subescalas são positivas e significativas o que nos permite afirmar que ao aumento ou diminuição dos índices numa subescala aumenta ou diminui o índice na outra subescala que lhe corresponde. Excetua-se a correlação entre “profissionais” vs “frequência de notificação” cujo valor de ($r= 0,016$) não significativo explicando apenas 0,2% da variabilidade. Registamos que a maior variabilidade entre fatores é observada entre “*Feedback* e comunicação acerca do erro” vs “Expectativas do supervisor/gestor” e ações que promovam a segurança do doente com uma percentagem de 42,38%.

As correlações entre as subescalas com a nota global oscilam entre $r= 0,510$ com a “Frequência da notificação de eventos” explicando 26,01% e 0,766 com o “Trabalho entre as unidades” com uma variabilidade de 58,67%.

Quadro 4 - Matriz de Correlação de Pearson entre as dimensões da escala de avaliação da cultura de segurança

Dimensões	Trabalho em equipa	Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Apoio à segurança do doente pela gestão	Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Percepções gerais sobre a segurança do doente	Feedback e comunicação acerca do erro	Abertura à comunicação	Frequência da notificação de eventos	Trabalho entre as unidades	Profissionais	Transições	Resposta ao erro não punitiva
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	0,475***											
Apoio à segurança do doente pela gestão	0,370***	0,515***										
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	0,452***	0,560***	0,336***									
Percepções gerais sobre a segurança do doente	0,366***	0,456***	0,417***	0,550***								
Feedback e comunicação acerca do erro	0,509***	0,651***	0,502***	0,533***	0,421***							
Abertura à comunicação	0,316***	0,523***	0,453***	0,428***	0,315***	0,538***						
Frequência da notificação de eventos	0,392***	0,224*	0,219*	0,368***	0,307**	0,338***	0,365***					
Trabalho entre as unidades	0,466***	0,558***	0,518***	0,547***	0,475***	0,508***	0,415***	0,326***				
Profissionais	0,282**	0,480***	0,412***	0,417***	0,283**	0,355***	0,363***	0,016	0,384***			
Transições	0,321***	0,340***	0,197*	0,338***	0,391***	0,247**	0,324***	0,189*	0,553***	0,218*		
Resposta ao erro não punitiva	0,276**	0,398***	0,328***	0,445***	0,310**	0,240**	0,372***	0,178*	0,386***	0,304**	0,276**	
Escala Global	0,660***	0,789***	0,649***	0,756***	0,680***	0,739***	0,676***	0,510***	0,766***	0,579***	0,552***	0,552***

4.3.2 Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A SWLS é um instrumento de autorrelato, que visa avaliar a componente cognitiva do constructo bem-estar subjetivo. Tem como objetivo avaliar o grau de satisfação do indivíduo em relação à sua própria vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985 como citado em Gomes, 2015).

A SWLS foi traduzida e validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto, Barros, e Barros, em 1990. É constituída por cinco itens, cujas respostas para cada item são dadas através de uma escala de sete pontos, variando entre 1 (“Totalmente em Desacordo”) e 7 (“Totalmente de acordo”), sendo que o 4 corresponde a uma posição intermédia (“Nem de acordo nem em desacordo”). A pontuação total oscila entre 5 (valor mínimo) e 35 (valor máximo), sendo que quanto maior for o resultado final melhor será a satisfação com a vida

Da análise fatorial conduzida por Diener et al. (1985) emergiu um único fator, responsável por 66% da variância total explicada pelos itens, e os resultados encontrados pelos autores relativamente à consistência interna, pelo *alfa de Cronbach* situou-se em 0,87. Estudos posteriores confirmaram não só a existência de um único fator, como bons índices de consistência interna e de estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993 como citado em Martins, Araújo, & Almeida, 2015). Em Portugal, Neto, Barros e Barros (1990) realizaram os primeiros estudos de validação da SWLS numa amostra de 308 professores. Posteriormente, Simões (1992) validou a mesma escala junto de uma amostra de universitários e de adultos com idades e profissões diversas. (Martins et al., 2015).

Face aos estudos prévios de Neto, Barros e Barros (1990), optámos pela utilização da sua versão portuguesa da SWLS que apontam no sentido da existência de propriedades psicométricas aceitáveis.

Através da tabela 6, observamos que os valores de Alfa de *Cronbach* variam entre 0,772 e 0,827 por item, o que indica boa consistência interna. Os coeficientes de correlação do item total corrigido apontam que o item “Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida” foi o que apresentou menos estabilidade ($r=0,510$). A correlação máxima situa-se no item “Estou satisfeito com a minha vida” ($r=0,717$). Os valores da média e desvio padrão, nos diversos itens permitem-nos afirmar que estes se encontram bem centrados, uma vez que todos se situam acima da média esperada sendo o menor nos itens “As minhas condições de vida são

excelentes” e “Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada e o maior no item “Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida”.

Tabela 6- Consistência Interna da escala SWLS

SWLS	Média	Dp	R item/ total	R2	α sem item
Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	5,29	1,151	0,683	0,498	0,784
As minhas condições de vida são excelentes	4,40	1,363	0,674	0,516	0,782
Estou satisfeito com a minha vida	5,25	1,233	0,717	0,543	0,772
Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	5,55	1,017	0,510	0,333	0,827
Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	4,40	1,605	0,609	0,377	0,812
α de Cronbach da Escala	0,830				

No que concerne à consistência interna da escala e comparando os valores do coeficiente de *alfa de Cronbach* entre os encontrados na escala SWLS versão portuguesa por Neto, Barros e Barros (1990) e os obtidos no nosso estudo, 0,78 e 0,83 respetivamente, podemos concluir que a escala evidencia boa fiabilidade.

4.3.3 – Critérios de operacionalização de variáveis

Para além da recodificação das variáveis já mencionada, também outras foram recodificadas, pois apresentavam grupos heterogéneos. Desta forma, a idade foi recodificada de cinco para três grupos etários, passando as categorias a variar entre menor ou igual a 34 anos, entre 35 e 44 anos (inclusive) e superior ou igual a 45 anos. Relativamente ao estado civil, procedeu-se à recodificação em apenas duas categorias, com ou sem companheiro, ao invés da especificação de solteiro, união de facto/casado, divorciado/separado ou viúvo. O mesmo aconteceu com a formação académica, em que se procedeu à recodificação em duas categorias, nomeadamente com licenciatura ou com mestrado/doutoramento. No que concerne aos anos de exercício profissional, a variável foi recodificada pois verificamos que determinadas categorias detinham um baixo número de casos, assim, decidimos concentrar as sete categorias em quatro, até 7 anos (inclusive), 8 a 12 anos (inclusive), 13 a 20 anos (inclusive) e superior ou igual a 21 anos. Pelo mesmo motivo, procedemos à recodificação da variável experiência profissional na prestação de cuidados no DOG, passando de sete para duas categorias, tendo como ponte de

corte os 12 anos, variando assim entre menor que 6 meses a 12 anos (inclusive) e 13 a 21 ou mais anos.

4.4 Procedimentos

Para a colheita de dados, inicialmente foram realizados diversos pedidos e autorizações. Solicitamos a Eiras e Neto a autorização para utilizar os questionários *HSPSC* e *SWLS* versão Portuguesa, respetivamente, tendo-se obtido uma resposta positiva (Anexo II). Posteriormente solicitamos aos responsáveis das instituições em causa, três hospitais da zona norte e um da região centro norte, a autorização para a realização do estudo. Assim sendo, enviamos um ofício a cada Presidente do Conselho de Administração de cada instituição, onde constava o pedido de autorização/colaboração, a finalidade do estudo, os seus objetivos e o instrumento de colheita de dados proposto (Anexo III). Obteve-se, também, uma resposta afirmativa (Anexo IV).

Os questionários foram preenchidos em suporte papel, onde constava as respetivas instruções/informações acerca do seu preenchimento. Foram entregues pelo investigador nos serviços definidos, esclarecidas eventuais dúvidas sobre o estudo, assim como, disponibilizado o contato da investigadora para o que fosse necessário. Solicitamos, antecipadamente, a colaboração dos enfermeiros chefes e diretores dos serviços para a distribuição dos questionários e sensibilização das equipas para a importância do seu preenchimento.

A participação dos inquiridos tem por base o seu consentimento e colaboração voluntária, tendo sido garantido o seu anonimato e confidencialidade ao longo do processo.

A recolha dos questionários preenchidos foi efetuada pelo investigador.

4.5 Análise de dados

A fim de organizar, descrever a informação contida nos dados e relacionar ou mesmo contrastar hipóteses de investigação, recorremos ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS[®]) na versão 23.

Ao longo do estudo utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

- Quadros de frequências (absolutas e percentuais);
- Medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana);
- Medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão);
- Coeficientes alfa de Cronbach;
- Teste de U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis;
- Regressão linear.

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005), nomeadamente, a natureza das variáveis e as características inerentes à normalidade. Em todos os testes consideram-se estatisticamente significativos os resultados onde o valor de p é inferior a 0,05 ($p < 0,05$) (limite de significância).

Os dados serão apresentados em tabelas, quadros e gráficos nos quais se omite a fonte uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de recolha de dados utilizado para o efeito neste estudo.

5 Resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados do estudo, que nos permitem dar resposta aos objetivos inicialmente delineados e às questões de investigação formuladas. Na primeira parte é feita a análise descritiva e na segunda parte a análise inferencial.

5.1 Análise Descritiva

Para uma melhor organização, este capítulo está estruturado em três subcapítulos: no primeiro fazemos referência à caracterização da experiência profissional dos participantes, no segundo procedemos à caracterização da perceção da cultura de segurança do doente do DOG e por fim, à descrição de satisfação com a vida.

5.1.1 Caraterização da experiência profissional

Procedemos à caracterização da experiência profissional dos participantes no estudo, em função do sexo, em relação aos anos de experiência profissional, anos de experiência na instituição e anos de experiência no DOG, acreditação do serviço, local de trabalho e participação em formação no âmbito da segurança do doente.

Anos de experiencia profissional

Através da tabela 7, verificamos que o maior grupo de profissionais detém entre 13 a 20 anos de experiência profissional (36,4%), seguidos pela de 21 ou mais anos (30,6%), que no seu conjunto perfazem 67%, sendo por isso profissionais com muitos anos de experiência. Com menor ou igual a 7 anos de experiência, encontra-se 17,4% da amostra, constituindo o grupo com menor experiência.

Tabela 7: Caracterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência Profissional

Experiência Profissional	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<= a 7 anos	1	9,1	20	18,2	21	17,4
8 – 12 anos	1	9,1	18	16,4	19	15,7
13 a 20 anos	4	36,4	40	36,4	44	36,4
>= 21 anos	5	45,5	32	29,1	37	30,6
Total	11	100	110	100	121	100

Experiencia na instituição

Relativamente à experiência na instituição, podemos observar pela tabela 8, que o grupo com maior expressividade detém 13 ou mais anos de experiência (58,7%) comparativamente com o grupo que detém até 12 anos de experiência (41,3%).

Tabela 8 - Caracterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência na Instituição

Experiência na Instituição	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<= 12 anos	3	27,3	47	42,7	50	41,3
>= 13 anos	8	72,7	63	57,3	71	58,7
Total	11	100	110	100	212	100

Experiencia no DOG

Os números invertem-se quando se retrata a experiência no DOG, isto é, o maior grupo de profissionais detém até 12 anos de experiencia no DOG (58,7%), por consequente, os profissionais com 13 ou mais anos de experiencia profissional representam 41,3% da amostra (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização profissional da amostra segundo os anos de Experiência no DOG

Experiência no DOG	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<= 12 anos	6	54,5	65	59,1	71	58,7
>= 13 anos	5	45,5	45	40,9	50	41,3
Total	11	100	110	100	121	100

Acreditação do Serviço

Quando questionados sobre a acreditação dos serviços, 56,2% da amostra respondeu de forma afirmativa, contrapondo os 43,8% que responderam que os seus serviços não se encontravam acreditados (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização profissional da amostra segundo acreditação do serviço

Serviço Acreditado	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	7	63,6	61	55,5	68	56,2
Não	4	36,4	49	44,5	53	43,8
Total	11	100	110	100	121	100

Instituições

No que diz respeito à distribuição da amostra pelas instituições envolvidas no estudo, verificamos que o grupo com uma maior representatividade exerce funções no hospital C (31,4%). O grupo com menor representação (17,4%), são os profissionais a exercer funções no hospital B (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização profissional da amostra segundo a instituição de trabalho

Instituição	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
A	4	36,4	32	29,1	36	29,8
B	2	18,2	19	17,3	21	17,4
C	5	45,5	33	30,0	38	31,4
D	0	0,0	26	23,6	26	21,5
Total	11	100	110	100	121	100

Formação em segurança do doente e gestão do risco

Constatamos ainda, pela tabela 12, que a maioria dos elementos da amostra já frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão do risco (74,4%). Uma percentagem mais reduzida dos participantes (25,6%) afirmou não ter frequentado formação neste âmbito. Quase todos os elementos da amostra (94,2%) afirmaram que, caso surgisse

oportunidade, frequentariam formação sobre segurança e gestão do risco os cuidados de saúde (cf. Tabela 13).

Tabela 12 - Caracterização profissional da amostra segundo a formação anterior no âmbito da segurança do doente e gestão do risco

Formação anterior sobre segurança do doente e gestão do risco	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	n	%	n
Sim	7	63,6	83	75,5	90	74,4
Não	4	36,4	27	24,5	31	25,6
Total	11	100	110	100	121	100

Tabela 13 - Caracterização profissional da amostra segundo a intenção em frequentar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco

Frequentaria formação sobre segurança do doente e gestão do risco	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	8	72,7	106	96,4	114	94,2
Não	3	27,3	4	3,6	7	5,8
Total	11	100	110	100	121	100

5.1.2 Perceção da cultura de segurança do doente no DOG

A perceção da cultura de segurança dos profissionais de saúde no DOG será de seguida analisada tendo por base os dados obtidos nas secções B, C, D, E e G do questionário. Para tal, considerámos a percentagem de respostas positivas para cada item e dimensão, identificando assim os pontos fortes bem como as oportunidades de melhoria, obtendo no final uma perceção global acerca da cultura de segurança no DOG.

Trabalho em equipa

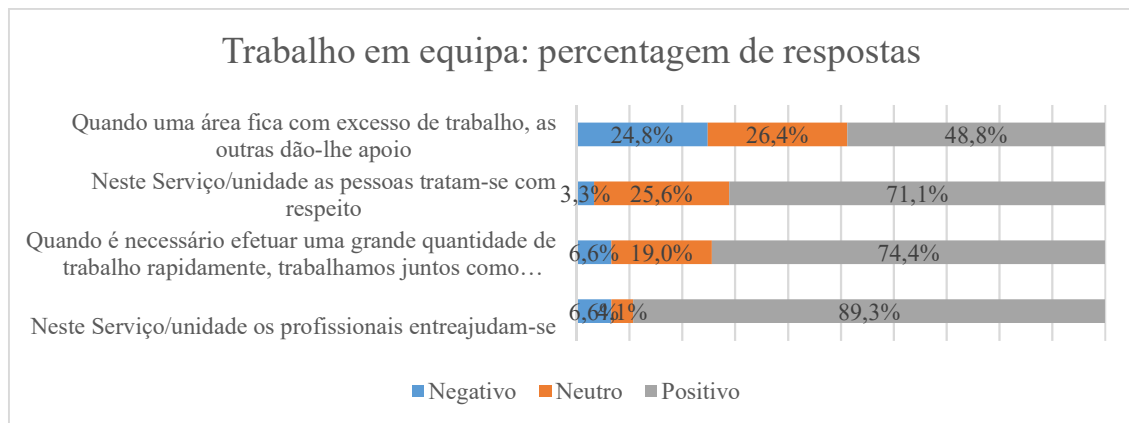
Através da análise da tabela 14 e gráfico 1, verificamos que esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 70,9%. Tendo em conta que é inferior a 75% e superior a 50%, podemos considerar que não é uma área problemático, contudo deve ser tido em conta como uma oportunidade de melhoria. O item “Neste Serviço/unidade os profissionais entrecorrem-se” apresenta-se como um ponto forte da cultura de segurança do doente no DOG, visto deter 89,3% de repostas positivas. Por outro lado, o item “Quando uma área fica com

excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio” apresenta uma percentagem de respostas positivas de 48,8%, configurando assim uma área problemática.

Tabela 14 - Trabalho em equipa: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Trabalho em equipa	Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se	6,6%	4,1%	89,3%
	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	6,6%	19,0%	74,4%
	Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	3,3%	25,6%	71,1%
	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	24,8%	26,4%	48,8%
	Média	10,3%	18,8%	70,9%

Gráfico 1 - Trabalho em equipa: percentagem de respostas



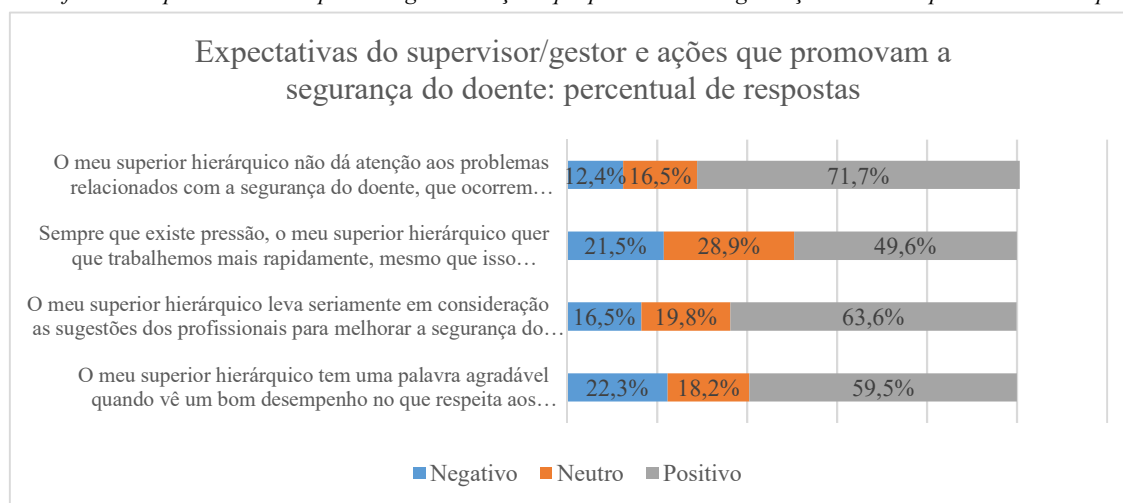
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente

À semelhança da dimensão anterior, podemos constatar que também para as “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” pode ser classificada como “aceitável”, carecendo, no entanto, de melhorias ao obter um percentual de 61,1%. Podemos ainda verificar que não existem itens com uma percentagem superior a 75%, o que significa que das áreas envolvidas nenhuma se classifica como um forte aspeto de cultura de segurança do doente. Podemos ainda observar, que o item “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos” obteve um percentual de respostas positivas inferior a 50%, sendo uma área problemática com necessidade de melhorias (cf. Gráfico 2, Tabela 15).

Tabela 15 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	22,3%	18,2%	59,5%
	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	16,5%	19,8%	63,6%
	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	21,5%	28,9%	49,6%
	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	12,4%	16,5%	71,7%
	Média	18,2%	20,9%	61,1%

Gráfico 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: percentual de respostas



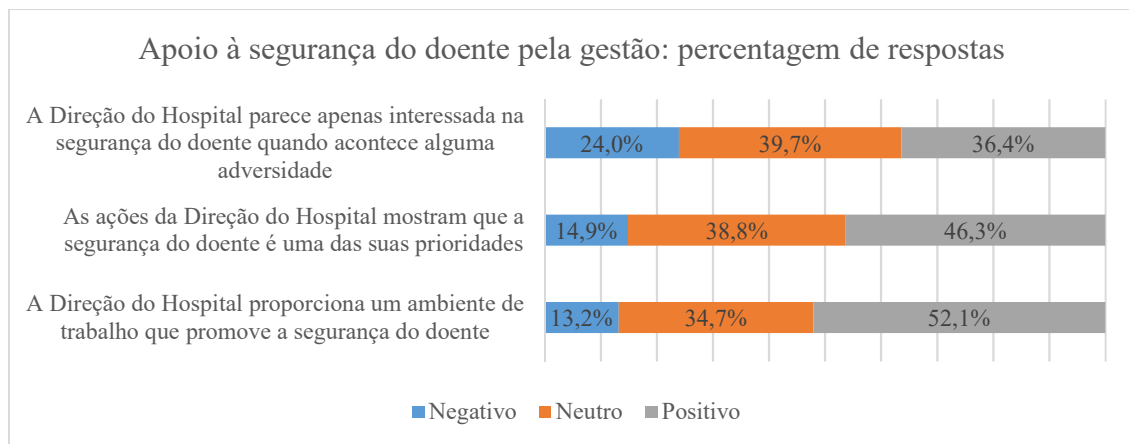
Apoio à segurança do doente pela gestão

Verificámos que esta é uma dimensão “problemática”, tendo em conta que a média de respostas positivas é de 44,9%. É ainda possível apurar que todos os itens apresentam uma percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, à exceção do item “A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente” situando-se em 52,1%. Desta forma, podemos concluir que a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” é uma das áreas com prioridade de intervenção (cf. Gráfico 3, Tabela 16).

Tabela 16 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Apoio à segurança do doente pela gestão	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	13,2%	34,7%	52,1%
	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	14,9%	38,8%	46,3%
	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	24,0%	39,7%	36,4%
	Média	17,4%	37,7%	44,9%

Gráfico 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentagem de respostas



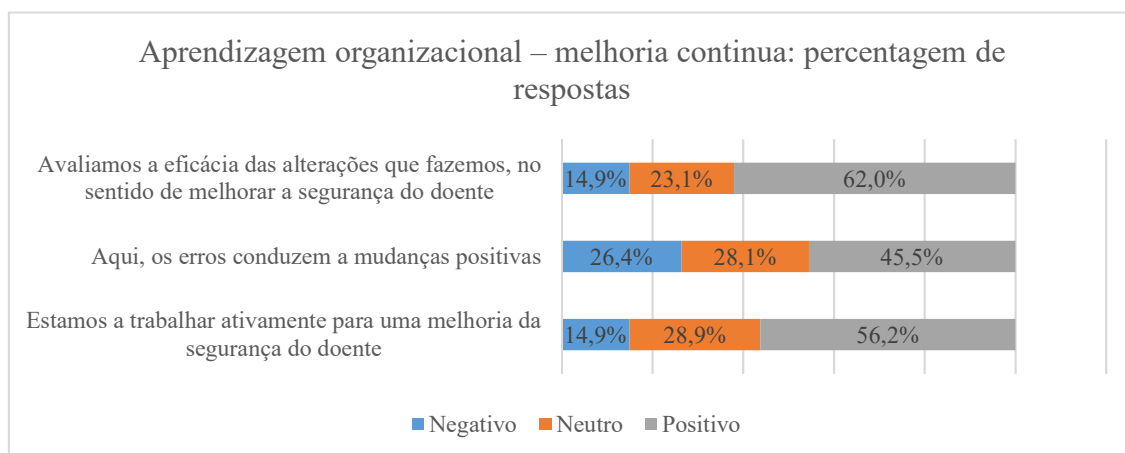
Aprendizagem organizacional – melhoria continua

Relativamente à dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” é possível observar uma média de respostas positivas de 54,6%, pelo que pode ser classificada como “aceitável”, carecendo, no entanto, de melhorias. O item “Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas” requer uma intervenção precoce, visto ser um aspeto crítico com uma percentagem de respostas positivas de 45,5%. Os restantes itens também se apresentam como uma oportunidade de melhoria, com valores percentuais de respostas positivas entre os 56,2% e 62,0% (cf. Gráfico 4, Tabela 17).

Tabela 17 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	14,9%	28,9%	56,2%
	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas	26,4%	28,1%	45,5%
	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	14,9%	23,1%	62,0%
	Média	18,7%	26,7%	54,6%

Gráfico 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas



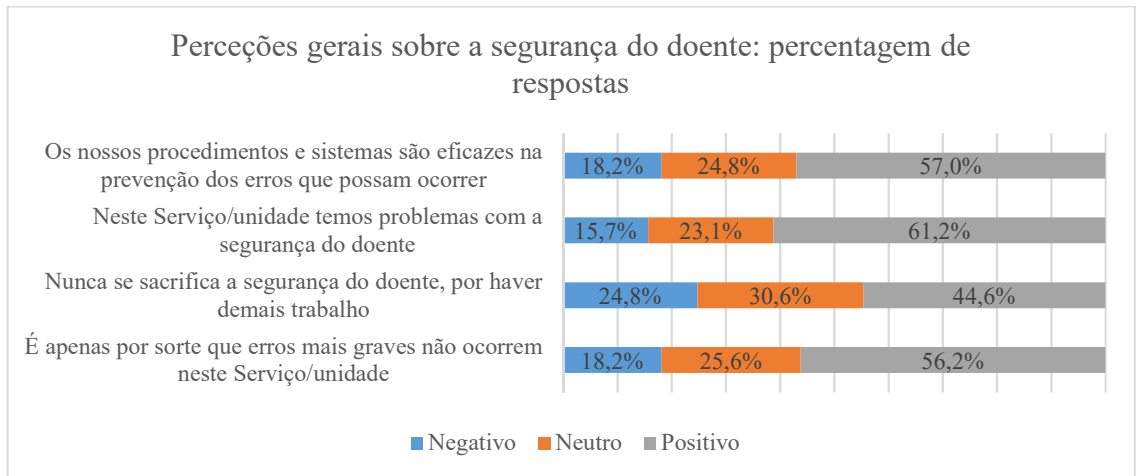
Perceções gerais sobre a segurança do doente

À semelhança da dimensão anterior, também para a dimensão atual se classifica como “aceitável”, mas com necessidade de intervenção, visto deter uma percentagem média de respostas positivas de 54,5%. Todos os itens da dimensão carecem de melhoria, principalmente o item “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver demais trabalho” com uma percentagem de respostas positivas de 44,6% (cf. Gráfico 5, Tabela 18).

Tabela 18 - Perceções gerais sobre a segurança do doente: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Perceções gerais sobre a segurança do doente	É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade	18,2%	25,6%	56,2%
	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver demais trabalho	24,8%	30,6%	44,6%
	Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	15,7%	23,1%	61,2%
	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	18,2%	24,8%	57,0%
	Média	19,2	26,0%	54,8%

Gráfico 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente: percentagem de respostas



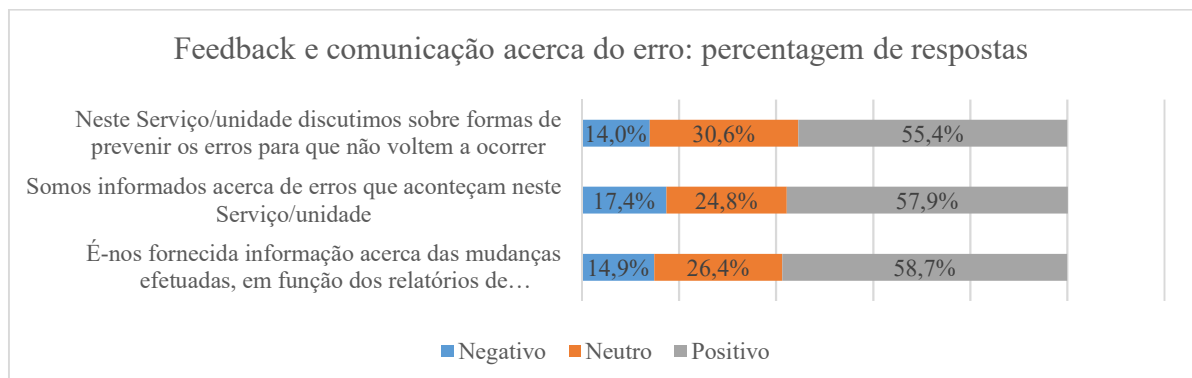
Feedback e comunicação acerca do erro

A presente dimensão apresenta-se como “não problemática”, mas com necessidade de melhoria com um percentual médio de respostas positivas de 57,3%. Os itens da dimensão apresentam valores de respostas positivas entre 55,4% e 58,7%, o que confirma a necessidade de melhoria (cf. Gráfico 6, Tabela 19).

Tabela 19 - Feedback e comunicação acerca do erro: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Feedback e comunicação acerca do erro	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	14,9%	26,4%	58,7%
	Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/unidade	17,4%	24,8%	57,9%
	Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	14,0%	30,6%	55,4%
	Média	15,4%	27,3%	57,3%

Gráfico 6 - Feedback e comunicação acerca do erro: percentagem de respostas



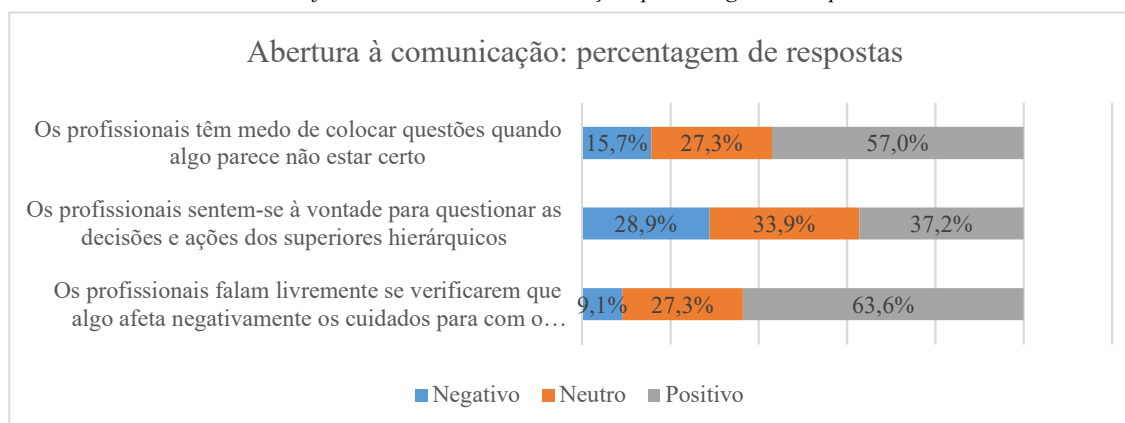
Abertura à comunicação

Pela observação da Tabela 20 e Gráfico 7, podemos concluir que a dimensão “Abertura à comunicação” se apresenta como “aceitável”, tendo como percentagem média de respostas positivas de 52,6%. É ainda possível observar, que todos os seus itens se constituem como oportunidade de melhoria, em especial o item “Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos” que deverá ser uma prioridade tendo em conta que a percentagem de respostas positivas é de 37,2%.

Tabela 20 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Abertura à comunicação	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	9,1%	27,3%	63,6%
	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	28,9%	33,9%	37,2%
	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	15,7%	27,3%	57,0%
	Média	17,9%	29,5%	52,6%

Gráfico 7 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas



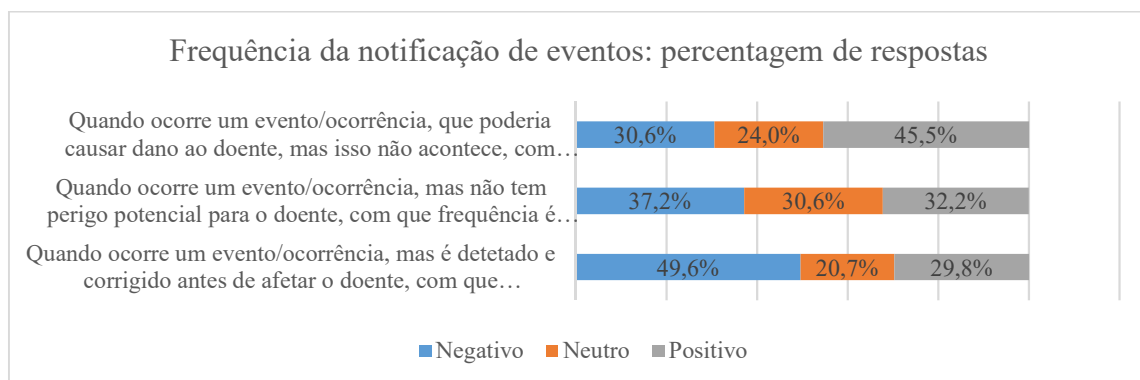
Frequência da notificação de eventos

A dimensão “Frequência da notificação de eventos” constitui-se como uma oportunidade de melhoria exigindo rápida intervenção pois obteve apenas 35,8% de respostas positivas, com todos os seus itens abaixo do limiar do “aceitável” (cf. Gráfico 8, Tabela 21).

Tabela 21 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Frequência da notificação de eventos	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	49,6%	20,7%	29,8%
	Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	37,2%	30,6%	32,2%
	Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	30,6%	24,0%	45,5%
	Média	39,1%	25,1%	35,8%

Gráfico 8 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas



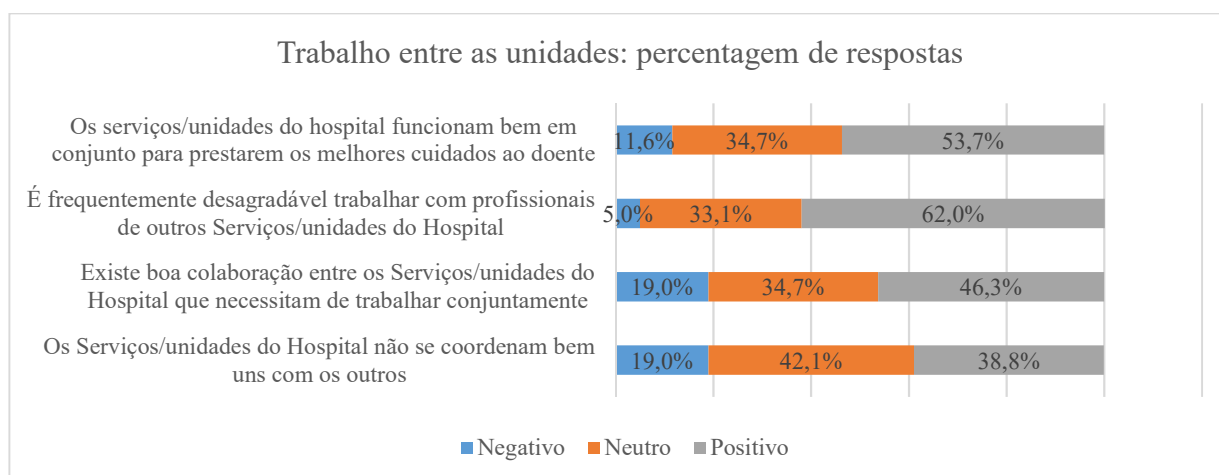
Trabalho entre as unidades

Verificamos que esta dimensão é “aceitável”, assim como os itens “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital” e “Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente”. No entanto, os itens “Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros” e “Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente” obtiveram percentagens de respostas positivas inferiores a 50%, sendo áreas onde é prioritário intervir (cf. Gráfico 9, Tabela 22).

Tabela 22 - Trabalho entre as unidades: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Trabalho entre as unidades	Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	19,0%	42,1%	38,8%
	Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	19,0%	34,7%	46,3%
	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	5,0%	33,1%	62,0%
	Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	11,6%	34,7%	53,7%
	Média	13,7%	36,2%	50,2%

Gráfico 9 - Trabalho entre as unidades: percentagem de respostas



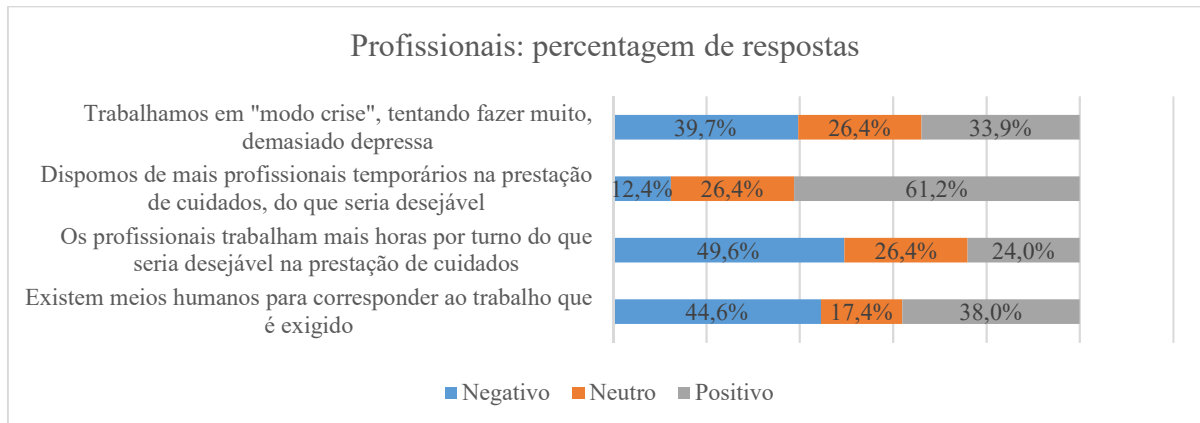
Profissionais

Verificamos que esta dimensão obteve apenas 39,3% de respostas positivas constituindo-se como uma área problemática, onde é urgente intervir. Os itens da dimensão encontram-se bastante abaixo do limiar do “aceitável”, à exceção do item “Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável” com 61,2% de respostas positivas, mantém-se como oportunidade de melhoria, contudo com menor prioridade do que as restantes (cf. Gráfico 10, Tabela 23).

Tabela 23 - Profissionais: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Profissionais	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	44,6%	17,4%	38,0%
	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	49,6%	26,4%	24,0%
	Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	12,4%	26,4%	61,2%
	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa	39,7%	26,4%	33,9%
	Média	36,7%	24,2%	39,3%

Gráfico 10 - Profissionais: percentagem de respostas



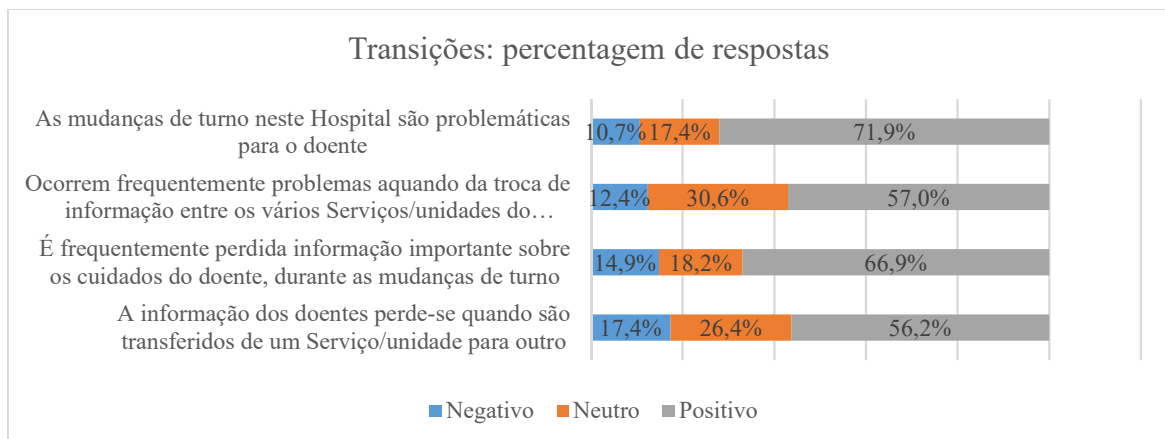
Transições

Esta dimensão apresenta uma percentagem média de respostas positivas de 63%, sendo “aceitável”. O mesmo acontece com os seus itens, detendo entre 56,2% a 71,9% de respostas positivas, constituindo uma oportunidade de melhoria (cf. Gráfico 11, Tabela 24).

Tabela 24 - Transições: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Transições	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	17,4%	26,4%	56,2%
	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	14,9%	18,2%	66,9%
	Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital	12,4%	30,6%	57,0%
	As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	10,7%	17,4%	71,9%
	Média	13,9%	23,2%	63%

Gráfico 11 - Transições: percentagem de respostas



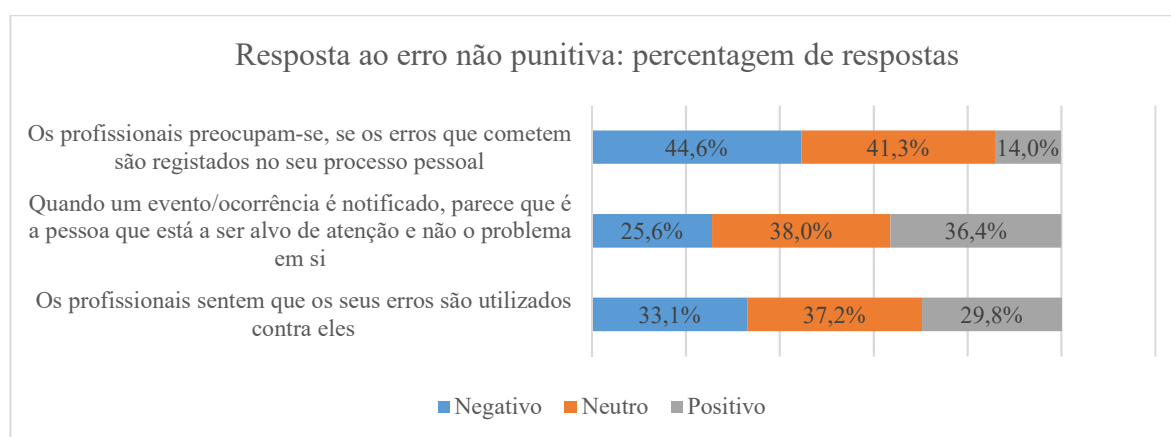
Resposta ao erro não punitiva

Verificamos que esta é uma dimensão que constitui uma oportunidade de melhoria exigindo rápida intervenção pois obteve apenas 26,7% de respostas positivas, com todos os seus itens bastante abaixo do limiar do “aceitável” (cf. Gráfico 12, Tabela 25).

Tabela 25 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo	Neutro	Positivo
Resposta ao erro não punitiva	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	33,1%	37,2%	29,8%
	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	25,6%	38,0%	36,4%
	Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	44,6%	41,3%	14,0%
	Média	34,4%	38,8%	26,7%

Gráfico 12 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas

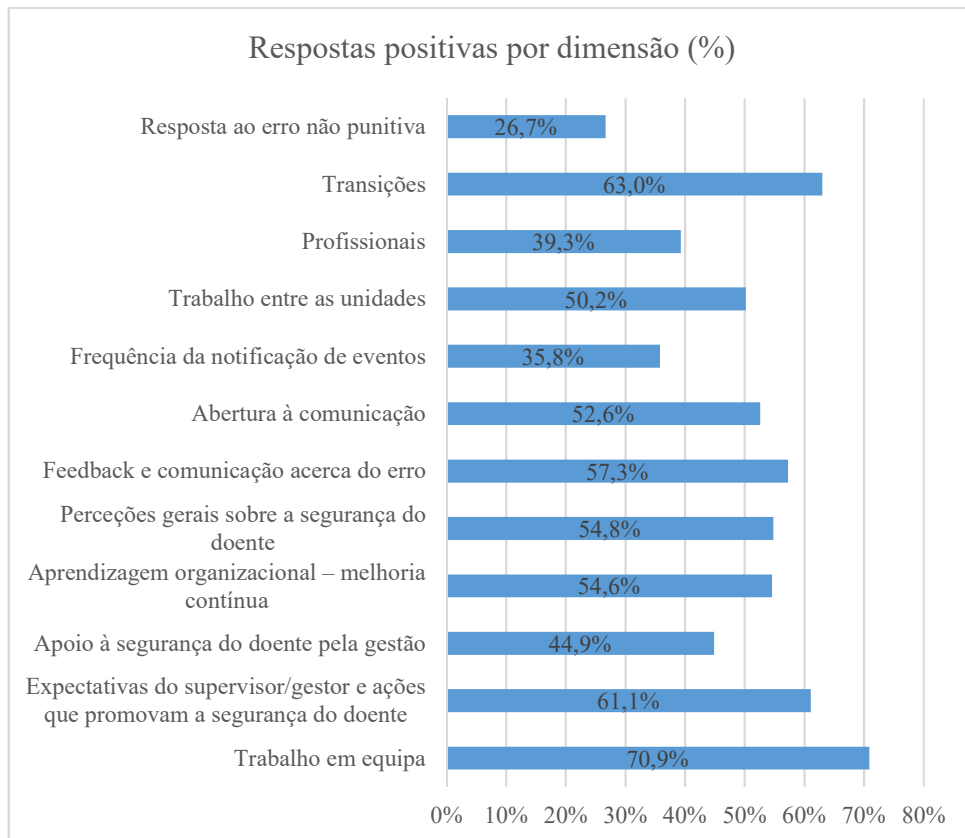


Analisadas as 12 dimensões da cultura de segurança no DOG, apresentamos de seguida a perspetiva global desta avaliação.

Podemos constatar que nenhuma dimensão atingiu a percentagem de respostas positivas suficiente para ser considerada como um ponto forte na cultura de segurança. Por outro lado, verificamos a existência de quatro dimensões, nomeadamente “Resposta ao erro não punitiva”, “Profissionais”, “Frequência da notificação de eventos” e “Apoio à segurança do doente pela gestão”, com percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, constituindo oportunidades de melhoria com necessidade de intervenção prioritária. A percentagem de respostas positivas

das restantes dimensões situa-se entre os 50,2% e 70,9%, sendo consideradas “aceitáveis”, contudo a necessitar de melhoria (cf. Gráfico 24).

Gráfico 13 - Respostas positivas por dimensão (%)



Grau de segurança do doente e notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses

Relativamente à perceção do grau de segurança do doente, verificamos que aproximadamente metade dos inquiridos (50,4%) a considerou como “Aceitável”, 45,5% como “Muito boa” e apenas 4,1% como “Excelente”.

Quanto ao número de eventos/ocorrências notificadas, é possível observar que a maioria dos profissionais de saúde (66,9%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses (cf. Tabela 26). Por outro lado, 33% dos profissionais afirma ter realizado pelo menos uma notificação nos últimos 12 meses, sendo que 25,6% dos participantes apresentaram 1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências e 7,4% apresentaram 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências.

Tabela 26 - Grau de segurança do doente e notificação de eventos/ocorrências nos últimos 12 meses

		n	%
Grau de segurança do doente	Excelente	5	4,1%
	Muito boa	55	45,5%
	Aceitável	61	50,4%
	Fraca	0	0,0%
	Muito fraca	0	0,0%
N.º de eventos/ocorrências notificadas	Nenhum	81	66,9%
	1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	31	25,6%
	3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	9	7,4%
	6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	0	0,0%
	11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	0	0,0%
	21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	0	0,0%

5.1.3 Satisfação com a vida

Sexo

As estatísticas relacionadas com a satisfação com a vida, revelam um score global mínimo de 11 e um máximo de 35 correspondendo uma média de 24,87 ($\pm 4,97$) e mediana de 25. Podemos observar pela tabela 27 que os participantes do sexo masculino apresentam uma média de respostas mais elevadas relativamente à sua perceção da satisfação com a vida (média=27,18 \pm 3,09) comparativamente com os participantes femininos (média=24,64 \pm 5,07) mas sem significância estatística (UMW= 428,5; Z= -1,596; p= 0,111). Pelos valores mínimos e máximos afere-se que os dados apresentam menor amplitude em relação ao sexo masculino.

Tabela 27- Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função do sexo

Sexo	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo
Masculino	27,18	3,09	27	22	31,
Feminino	24,64	5,07	25	11	35
Total	24,87	4,97	25	11	35

Idade

Conforme a tabela 28, podemos observar que os profissionais de saúde com idade inferior ou igual a 34 anos apresentam índices mais elevados de satisfação com a vida (média=25,74 \pm 4,66). Por outro lado, os participantes com idade igual ou superior a 45 anos são quem apresentam uma média mais baixa relativamente à perceção da satisfação com a vida (média=24,27 \pm 5,49).

A aplicação do teste t para amostras independentes permitiu analisar a relação entre a idade dos profissionais de saúde e a percepção da satisfação com a vida, não tendo sido encontrada significância estatística ($p=0,399$).

Tabela 28 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da idade

Idade	Média	Dp	Mínimo	Máximo	F	p
≤ 34 anos	25,74	4,66	15	33	0,925	0,399
35-44 anos	24,62	4,80	11	31		
≥ 45 anos	24,27	5,49	11	35		
Total	24,88	4,97	11	35		

Estado Civil

Pela observação da tabela 29, podemos constatar que os profissionais de saúde sem companheiro apresentam índices mais elevados de satisfação com a vida (média=25,02±5,54), contrapondo com os profissionais com companheiro (média=24,77±4,64).

Para estudar a relação entre o estado civil e a percepção da satisfação com a vida, recorreremos ao teste t para amostras independentes. Não foi encontrada significância estatística ($p=0,223$), pelo que podemos afirmar que não existe relação entre o estado civil dos profissionais de saúde e a percepção da satisfação com a vida.

Tabela 29 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função do estado civil

Estado Civil	Média	Dp	F	p
Sem companheiro	25,020	5,54	1,504	0,223
Com companheiro	24,775	4,64		

Experiencia Profissional

A tabela 30 permite auferir que níveis mais elevados da percepção da satisfação com a vida apontam para os profissionais de saúde até sete anos (inclusive) de experiência profissional (OM=80,62). Os participantes com menores índices de satisfação com a vida são os profissionais de saúde com 8 a 12 anos (inclusive) de experiência profissional (OM=48,11).

Para estudar a relação entre a experiência profissional e a percepção da satisfação com a vida, recorreremos a um teste de Kruskal-Wallis. As diferenças encontradas apresentam significância estatística ($p=0,020$), pelo que foram realizados os testes *Post Hoc* (Tukey), onde

verificámos que a diferença de médias entre os grupos se situa entre os grupos com sete ou menos anos de experiência profissional e os oito a doze anos ($p=0,016$) e os grupos com sete ou menos anos de experiência profissional e os treze a vinte anos ($p=0,047$). Podemos, portanto, afirmar que há relação entre a experiência profissional e a perceção da satisfação com a vida.

Tabela 30 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da experiência profissional

Experiência profissional	OM	X²	p
≤ 7 anos	80,62	9,793	0,020
8-12 anos	48,11		
13-20 anos	56,91		
≥ 21 anos	61,35		

Formação Académica

Podemos constatar, conforme tabela 31, que os profissionais de saúde com mestrado e/ou doutoramento apresentam índices mais elevados de satisfação com a vida (OM=69,47), contrapondo com os profissionais que detêm apenas a licenciatura (OM=59,62).

Para estudar a relação entre a formação académica e a perceção da satisfação com a vida, recorremos ao teste Mann-Whitney, contudo não foi encontrada significância estatística.

Tabela 31 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da formação académica

Formação Académica	OM	Z	p
Licenciatura	59,62	-1,077	0,282
Mestrado/Doutoramento	69,47		

Experiência Profissional no DOG

Pela observação da tabela 32, constatamos que os profissionais de saúde com 12 ou menos anos de experiência profissional no DOG apresentam índices mais elevados de satisfação com a vida (25,18), contrapondo com os profissionais com 13 ou mais anos de experiência profissional no DOG (24,44).

Para estudar a relação entre a experiência profissional no DOG e a perceção da satisfação com a vida, recorremos ao teste t para amostras independentes, não foi encontrada significância estatística ($p=0,205$), pelo que podemos afirmar que não existe relação entre a experiência profissional no DOG e a perceção da satisfação com a vida.

Tabela 32 - Estatísticas relativas à Satisfação com a vida em função da experiência profissional no DOG

Experiência Profissional no DOG	Média	F	p
≤ 12 anos	25,18	1,625	0,205
≥ 13 anos	24,44		

5.2 Análise Inferencial

Com a análise inferencial, pretendemos procurar relações da percepção da cultura de segurança com ou em função das variáveis sociodemográficas, profissionais, notificação de incidentes ou eventos adversos e a satisfação com a vida.

Relação entre o sexo e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para analisar a influencia do sexo sobre a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da cultura de segurança no DOG, efetuamos o U de Mann-Whitney (Quadro 4). Podemos constatar, através da análise dos valores da média ordinal, os profissionais do sexo masculino tendem a avaliar de forma mais positiva a cultura de segurança do doente, à exceção das dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Abertura na comunicação” onde são os profissionais do sexo feminino que apresentam valores mais elevados na percepção da cultura de segurança de segurança no DOG. Como se pode observar, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Transições” ($p=0,004$).

Quadro 5 - Teste de U de Mann-Whitney entre o sexo e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.

Dimensão da CSD	Sexo	Masculino	Feminino	Z	p
		OM	OM		
Trabalho em Equipa		61,32	60,97	-0,032	0,975
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente		65,82	60,52	-0,482	0,630
Apoio à segurança do doente pela gestão		56,27	61,47	-0,475	0,635
Aprendizagem organizacional – melhoria continua		66,45	60,45	-0,546	0,585
Percepções gerais sobre a segurança do doente		62,41	60,86	-0,141	0,888
Feedback e comunicação acerca do erro		52,27	61,87	-0,874	0,382
Abertura na comunicação		50,23	62,08	-1,079	0,281
Frequência da notificação de erros		61,05	61,00	-0,005	0,996
Trabalho entre as unidades		73,23	59,78	-1,228	0,219
Profissionais		73,82	59,72	-1,278	0,201
Transições		89,45	58,15	-2,859	0,004
Resposta ao erro não punitiva		78,09	59,29	-1,717	0,086

Relação entre a idade e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para saber se a idade influencia a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG, efetuamos uma análise da variância a um fator, representado pelo quadro 5. Através destes dados, podemos constatar que níveis mais elevados da percepção da cultura de segurança do doente no DOG são encontrados nos profissionais de saúde com idade igual ou superior a 45 anos excetuando-se as dimensões “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “Apoio à segurança do doente pela gestão”, nas quais os profissionais de saúde com idades inferiores ou iguais a 34 anos evidenciam níveis superiores de percepção da cultura de segurança. Contudo, podemos constatar que não foram encontrados resultados com significado estatístico, pelo que podemos concluir que não há relação entre a idade e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG.

Quadro 6 - Análise da variância entre a idade e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Dimensões da CSD	Idade		≤34 anos		35–44 anos		≥45 anos		F	p
	X	Dp	X	Dp	X	Dp				
Trabalho em Equipa	14,872	2,577	14,978	2,083	15,378	2,792	0,443	0,643		
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	14,333	3,003	13,644	3,069	14,081	3,531	0,502	0,606		
Apoio à segurança do doente pela gestão	10,231	1,799	9,733	1,698	9,811	2,413	0,742	0,479		
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	9,718	2,635	10,333	2,226	10,865	2,110	2,303	0,104		
Perceções gerais sobre a segurança do doente	13,692	3,071	13,289	3,145	14,432	2,734	1,493	0,229		
Feedback e comunicação acerca do erro	10,512	2,501	10,422	2,388	10,757	2,660	0,188	0,829		
Abertura na comunicação	9,795	2,638	10,511	2,107	10,568	2,102	1,393	0,252		
Frequência da notificação de erros	8,539	3,546	8,289	3,042	9,595	2,640	1,956	0,146		
Trabalho entre as unidades	13,743	2,221	13,267	2,453	13,757	2,006	0,653	0,522		
Profissionais	11,667	3,046	12,200	3,131	12,189	3,008	0,393	0,676		
Transições	14,205	2,597	14,044	2,992	14,730	1,677	0,794	0,454		
Resposta ao erro não punitiva	8,718	2,089	8,400	2,060	8,865	2,287	0,512	0,600		

Relação entre estado civil e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para estudar a relação entre o estado civil e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança no DOG, recorreremos a um Test t para amostras independentes. Observando o quadro 6, verificamos que os profissionais de saúde sem companheiro apresentam níveis mais elevados em todas as dimensões da percepção da cultura de segurança do doente no DOG à exceção da dimensão “Transições”, onde é o grupo de profissionais com companheiro a apresenta um valor mais elevado de percepção da cultura de segurança.

As diferenças encontradas apresentam significância estatística para a dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” ($p=0,027$) e “Frequência da notificação de erros” ($p=0,026$).

Podemos, portanto, afirmar que há relação entre o estado civil e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG nas dimensões “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “Frequência da notificação de erros”.

Quadro 7 - Teste t para amostras independentes entre o estado civil e a percepção dos profissionais de saúde da cultura de segurança no DOG

Dimensões da CSD	Estado Civil	Sem companheiro		Com companheiro		Levene	t	p
		X	Dp	X	Dp			
Trabalho em Equipa		15,080	2,717	15,056	2,292	0,717	0,052	0,959
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente		14,300	3,710	13,789	2,762	0,035	0,826	0,411
Apoio à segurança do doente pela gestão		10,040	2,321	9,831	1,690	0,023	0,543	0,588
Aprendizagem organizacional – melhoria continua		10,860	2,060	9,901	2,485	0,128	2,238	0,027
Perceções gerais sobre a segurança do doente		14,060	3,132	13,563	2,931	0,627	0,892	0,374
Feedback e comunicação acerca do erro		11,080	2,522	10,183	2,422	0,790	1,972	0,051
Abertura na comunicação		10,500	2,509	10,155	2,142	0,171	0,812	0,418
Frequência da notificação de erros		9,520	3,072	8,234	3,077	0,323	2,255	0,026
Trabalho entre as unidades		13,840	2,427	13,380	2,100	0,445	1,111	0,269
Profissionais		12,540	3,278	11,662	2,848	0,329	1,568	0,119
Transições		14,300	2,550	14,301	2,516	0,018	- 0,021	0,983
Resposta ao erro não punitiva		8,660	2,520	8,634	1,830	0,046	0,063	0,950

Relação entre formação académica e percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Com o intuito de analisar a relação entre a formação académica e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança no DOG, recorremos ao teste de U de Mann-Whitney, como representado pelo quadro 7. Desta forma, foi possível concluir que o grupo de profissionais de saúde (médico e enfermeiros) com o nível académico compatível com a Licenciatura apresenta níveis mais elevados de percepção de cultura de segurança do doente no DOG em todas as dimensões à exceção das dimensões “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Trabalho entre as unidades” e “Transições”.

Encontramos significância estatística para a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” ($p=0,043$) e “Perceções gerais sobre a segurança do doente” ($p=0,010$).

Podemos, portanto, afirmar que há relação entre a formação académica e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG nas dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

Quadro 8 - Teste de U de Mann-Whitney entre formação académica e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Formação Académica (Dimensão da CSD)	Licenciatura	Mestrado/ Doutoramento	z	p
	OM	OM		
Trabalho em Equipa	61,79	56,18	-0,617	0,537
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	60,68	62,97	-0,252	0,801
Apoio à segurança do doente pela gestão	63,58	45,24	-2,027	0,043
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	61,76	56,35	-0,595	0,552
Perceções gerais sobre a segurança do doente	64,30	40,82	-2,574	0,010
Feedback e comunicação acerca do erro	62,15	53,97	-0,900	0,368
Abertura na comunicação	62,99	48,85	-1,556	0,120
Frequência da notificação de erros	61,95	55,18	-0,743	0,458
Trabalho entre as unidades	60,57	63,65	-0,340	0,734
Profissionais	61,84	55,85	-0,656	0,512
Transições	60,10	66,53	-0,710	0,478
Resposta ao erro não punitiva	62,15	53,97	-0,903	0,367

Relação entre categoria profissional e perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para saber se a categoria profissional influencia a perceção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança do doente no DOG, aplicamos o teste de U de Mann-Whitney, representado pelo quadro 8. Pelos dados observados, podemos constatar que os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança, à exceção das dimensões “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Abertura na comunicação”, e “Frequência da notificação de erros”. Verificamos ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Trabalho entre as unidades” ($p=0,044$) e “Transições” ($p=0,026$).

Desta forma, podemos afirmar que há relação entre a categoria profissional e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG nas dimensões “Trabalho entre as unidades” e “Transições”.

Quadro 9 - Teste de U de Mann-Whitney entre categoria profissional e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Dimensão da CSD	Categoria Profissional		Z	p
	Médico OM	Enfermeiro OM		
Trabalho em Equipa	60,36	66,31	-0,583	0,560
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	59,97	69,54	-0,937	0,349
Apoio à segurança do doente pela gestão	60,90	61,81	-0,089	0,929
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	61,16	59,69	-0,144	0,886
Percepções gerais sobre a segurança do doente	59,24	75,62	-1,600	0,110
Feedback e comunicação acerca do erro	61,19	59,46	-0,169	0,866
Abertura na comunicação	61,63	55,77	-0,575	0,565
Frequência da notificação de erros	61,57	56,27	-0,518	0,605
Trabalho entre as unidades	58,80	79,27	-2,013	0,044
Profissionais	60,09	68,54	-0,825	0,409
Transições	58,57	81,19	-2,226	0,026
Resposta ao erro não punitiva	60,70	63,50	-0,276	0,783

Relação entre experiência profissional e percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para estudar a relação entre os anos de experiência profissional e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança no DOG, recorremos a um teste de Kruskal-Wallis. Observando o quadro 9, verificamos que níveis mais elevados da percepção da cultura de segurança do doente no DOG apontam para os profissionais de saúde até sete anos (inclusive) de experiência profissional, excetuando-se as dimensões “Frequência da notificação de erros “ e “Resposta ao erro não punitiva”, nas quais os profissionais com 21 anos de experiência ou mais evidenciam níveis superiores de percepção da cultura de segurança e ainda na dimensão “Abertura na comunicação” onde os profissionais de saúde com 13 a 20 anos de experiência profissional demonstram uma percepção superior da cultura de segurança.

As diferenças encontradas apresentam significância estatística para a dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” ($p=0,006$), “Trabalho entre as unidades” ($p=0,026$) e “Profissionais” ($p=0,006$). Este resultado é confirmado pela realização de testes *Post Hoc (Tukey)*, onde verificámos a existência de relação estatisticamente significativa na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, sendo que a diferença de médias entre os grupos se situa entre as seguintes faixas etárias: até 7 anos e 8-12 anos

($p=0,017$), 8-12 anos e 13-20 anos ($p=0,008$), 8-12 e superior ou igual a 21 anos ($p=0,007$); para a dimensão “Trabalho entre as unidades” no grupo de profissionais de até 7 anos e 8-12 anos ($p=0,012$); por fim, para a dimensão “Profissionais” nas faixas etárias de até 7 anos e 8-12 anos ($p=0,012$) e entre os 8-12 anos e 13-20 anos ($p=0,005$);

Podemos, portanto, afirmar que há relação entre a experiência profissional e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG nas dimensões “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Trabalho entre as unidades” e “Profissionais”.

Quadro 10 - Teste de Kruskal-Wallis entre experiência profissional (anos) e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Experiência Profissional	≤7 anos	8-12 anos	13-20 anos	≤21 anos	X ²	p
	OM	OM	OM	OM		
Trabalho em Equipa	72,17	43,32	61,11	63,61	7,298	0,063
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	70,33	52,68	64,80	55,46	4,064	0,255
Apoio à segurança do doente pela gestão	74,36	60,63	61,55	52,96	5,143	0,162
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	66,90	35,21	64,83	66,34	12,496	0,006
Perceções gerais sobre a segurança do doente	73,95	48,39	56,32	65,69	6,847	0,085
Feedback e comunicação acerca do erro	71,98	45,79	64,94	57,89	6,610	0,085
Abertura na comunicação	59,98	51,00	67,02	59,55	2,981	0,395
Frequência da notificação de erros	64,19	51,26	53,74	72,82	7,816	0,050
Trabalho entre as unidades	77,31	44,11	61,45	59,88	9,225	0,026
Profissionais	70,64	37,76	68,97	57,99	12,611	0,006
Transições	68,79	49,32	56,39	68,07	5,548	0,136
Resposta ao erro não punitiva	65,36	57,66	55,83	66,39	2,389	0,496

Relação entre experiência profissional no DOG e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para estudar a relação entre os anos de experiência profissional no DOG e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança no DOG, recorremos a um Teste t para amostras independentes, representado no quadro 10. Através dos dados apresentados, verificamos que em seis dimensões da cultura de segurança do doente é o grupo com 12 ou menos anos de experiência no DOG que apresenta valores mais elevados de percepção da cultura de segurança, nomeadamente: “Trabalho em Equipa”, “Expetativas do

supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Trabalho entre as unidades” e “Profissionais”. Nas restantes seis dimensões, “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Abertura na comunicação”, “Frequência da notificação de erros”, “Transições” e “Resposta ao erro não punitiva” é o grupo com 13 ou mais anos de experiência profissional que ostenta valores mais elevados de percepção da cultura de segurança. Verificamos ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua” ($p= 0,042$).

Desta forma, podemos afirmar que há relação entre a experiência profissional no DOG e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”.

Quadro 11 - Teste t para amostras independentes entre a experiência profissional no DOG e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG (em anos)

Experiência Profissional no DOG	≤12 anos		≥13 anos		Levene	t	P
	X	Dp	X	Dp			
Dimensões da CSD							
Trabalho em Equipa	15,127	2,305	14,980	2,670	0,249	-0,023	0,982
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	14,225	2,850	13,680	3,611	0,439	0,578	0,564
Apoio à segurança do doente pela gestão	10,113	1,728	9,640	2,257	0,198	1,329	0,186
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	10,056	2,341	10,640	2,365	0,147	-2,053	0,042
Perceções gerais sobre a segurança do doente	13,634	3,118	13,960	2,878	0,677	0,096	0,924
Feedback e comunicação acerca do erro	10,620	2,381	10,460	2,667	0,473	0,466	0,642
Abertura na comunicação	10,127	2,455	10,540	2,052	0,114	-0,631	0,529
Frequência da notificação de erros	8,366	3,230	9,340	2,911	0,013	-0,535	0,594
Trabalho entre as unidades	13,704	2,038	13,380	2,514	0,689	0,450	0,653
Profissionais	12,183	3,182	11,800	2,871	0,158	-1,105	0,271
Transições	14,170	2,558	14,500	2,476	0,360	-0,533	0,595
Resposta ao erro não punitiva	8,409	2,135	8,980	2,104	0,243	-0,885	0,378

Relação entre formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

A aplicação do teste de U de Mann-Whitney para analisar a relação entre a formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção da cultura de segurança no DOG, permitiu obter os resultados que constituem o quadro 11. Como podemos constatar, em seis dimensões da cultura de segurança do doente é o grupo que já frequentou formação na área da segurança do doente e gestão do risco que apresenta valores mais elevados de percepção da cultura de segurança, nomeadamente: “Trabalho em Equipa”, “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Frequência da notificação de erros”, “Profissionais” e “Transições”. Nas restantes seis dimensões, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Abertura na comunicação”, “Trabalho entre as unidades” e “Resposta ao erro não punitiva” é o grupo sem formação na área da segurança do doente e gestão do risco que aponta valores mais elevados de percepção da cultura de segurança.

Não foi encontrada significância estatística para nenhuma das dimensões, pelo que podemos afirmar que não existe relação entre a formação prévia no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente no DOG.

Quadro 12 - Teste de U de Mann-Whitney entre a formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Formação em Segurança do doente	Sim	Não	z	p
	OM	OM		
Dimensão da CSD				
Trabalho em Equipa	62,59	56,39	-0,857	0,391
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	61,91	58,37	-0,488	0,625
Apoio à segurança do doente pela gestão	60,99	61,03	-0,006	0,995
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	60,72	61,82	-0,153	0,878
Perceções gerais sobre a segurança do doente	60,91	61,27	-0,051	0,960
Feedback e comunicação acerca do erro	61,11	60,68	-0,060	0,952
Abertura na comunicação	60,73	61,77	-0,144	0,886
Frequência da notificação de erros	61,54	59,44	-0,290	0,772
Trabalho entre as unidades	60,40	62,74	-0,325	0,745
Profissionais	62,40	56,94	-0,752	0,452
Transições	61,14	60,58	-0,078	0,938
Resposta ao erro não punitiva	58,82	67,34	-0,056	0,955

Relação entre a intenção de realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Para estudar a relação entre a intenção de realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, recorreremos ao teste Mann-Whitney, como se pode observar pelo quadro 12. Podemos observar que em sete dimensões da cultura de segurança do doente é o grupo que não demonstra intenções em frequentar formação no âmbito da segurança do doente que apresenta índices mais elevados de percepção da cultura de segurança do doente, nomeadamente: “Trabalho em Equipa”, “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Frequência da notificação de erros”, “Trabalho entre as unidades”, “Profissionais” e “Transições”. O grupo de profissionais que detêm intenção em realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco apresentam valores mais elevados de percepção da cultura de segurança nas seguintes dimensões: “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Aprendizagem organizacional – melhoria continua”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Abertura na comunicação” e “Resposta ao erro não punitiva”. Contudo, podemos constatar que não há significância estatística, pelo que podemos concluir que não há relação entre a intenção de realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco sobre a cultura de segurança no DOG.

Quadro 13 - Teste de U de Mann-Whitney entre a intenção de realizar formação no âmbito da segurança do doente e gestão do risco e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Intenção de realizar formação em Segurança do doente	Sim	Não	Z	p
	OM	OM		
Dimensão da CSD				
Trabalho em Equipa	60,79	64,43	-0,269	0,788
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	60,18	74,43	-1,053	0,292
Apoio à segurança do doente pela gestão	61,29	56,21	-0,377	0,706
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	61,49	53,00	-0,628	0,530
Perceções gerais sobre a segurança do doente	61,43	54,07	-0,542	0,588
Feedback e comunicação acerca do erro	60,54	68,43	-0,583	0,560
Abertura na comunicação	61,16	58,43	-0,202	0,840
Frequência da notificação de erros	60,08	75,93	-1,167	0,243
Trabalho entre as unidades	60,19	74,21	-1,040	0,298
Profissionais	60,54	68,50	-0,586	0,558
Transições	60,93	62,14	-0,090	0,928
Resposta ao erro não punitiva	61,90	46,29	-1,159	0,247

Relação entre satisfação com a vida e a percepção da cultura de segurança

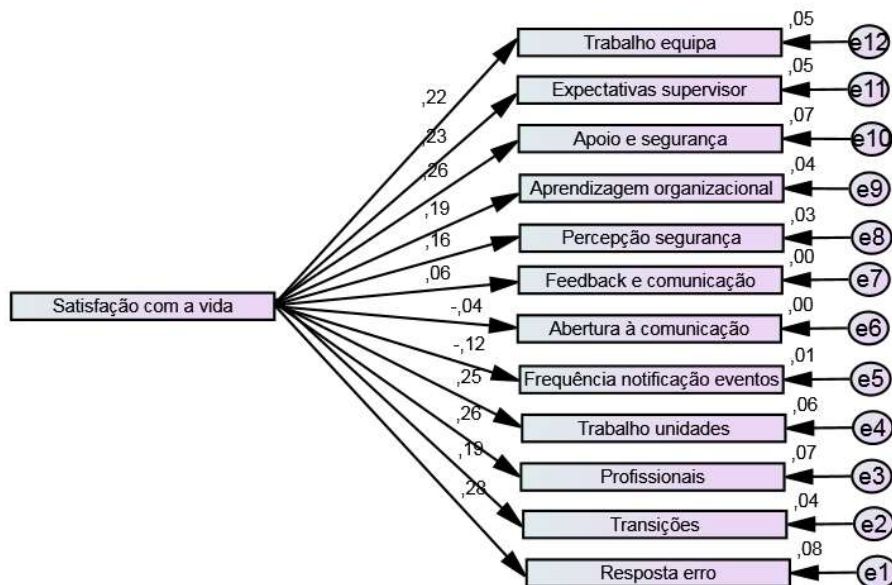
O estudo da relação entre a satisfação com a vida e a cultura de segurança efetuou-se através de uma regressão linear usando para o efeito o software AMOS versão 23 do SPSS. A tabela 33 explicita as estimativas, os rácios críticos das trajetórias da variável manifesta, satisfação com a vida, com as variáveis latentes da percepção de segurança e os coeficientes beta respetivos. Apuramos que os rácios críticos das trajetórias satisfação com a vida com as dimensões: "Perceções gerais sobre a segurança do doente", "Feedback e comunicação acerca do erro", "Abertura à comunicação" e "Frequência da notificação de eventos" não são estatisticamente significativos, pelo que a satisfação com a vida não se constitui como preditora destas variáveis.

Tabela 33 - Estimativas e rácios críticos das trajetórias da variável manifesta com as variáveis latentes

			Estimativas	Erro estimativa	Rácio crítico	p	β
Trabalho em equipa	<---	Satisfação vida	,111	,044	2,512	,012	,224
Expectativas...	<---	Satisfação vida	,145	,057	2,551	,011	,227
Apoio segurança...	<---	Satisfação vida	,101	,035	2,890	,004	,255
Aprendizagem...	<---	Satisfação vida	,091	,042	2,145	,032	,192
Perceções gerais...	<---	Satisfação vida	,096	,055	1,761	,078	,159
Feedback...	<---	Satisfação vida	,031	,046	,688	,491	,063
Abertura comunica...	<---	Satisfação vida	-,019	,042	-,444	,657	-,041
Frequência notif...	<---	Satisfação vida	-,073	,057	-1,273	,203	-,115
Trabalho unidades	<---	Satisfação vida	,112	,040	2,809	,005	,248
Profissionais	<---	Satisfação vida	,161	,054	2,989	,003	,263
Transições	<---	Satisfação vida	,097	,045	2,142	,032	,192
Resposta ao erro...	<---	Satisfação vida	,118	,038	3,139	,002	,275

A figura 3 representa o output gráfico das regressões múltiplas. Pelos coeficientes beta verificamos que a satisfação com a vida estabelece relação positiva com as dimensões "Trabalho em equipa", "Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente", "Apoio à segurança do doente pela gestão", "Aprendizagem organizacional – melhoria contínua", "Trabalho entre as unidades", "Profissionais", "Transições" e "Resposta ao erro não punitiva" o que permite afirmar que quanto maior a satisfação com a vida maior a percepção da cultura de segurança. A satisfação com a vida apresenta maior peso preditivo na "Resposta ao erro não punitiva" e as menores são observadas na "Aprendizagem organizacional – melhoria contínua" e "Transições".

Figura 3 - Regressão múltipla entre satisfação com a vida e percepção da cultura de segurança



Relação entre notificação de incidentes e eventos adversos e a percepção da cultura de segurança

Para estudar a relação entre a notificação de EA nos últimos 12 meses e a percepção dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) sobre a cultura de segurança no DOG, recorremos ao teste Mann-Whitney (cf. quadro 13). Podemos observar que os inquiridos sem nenhuma notificação nos últimos 12 meses apresentam índices médios mais elevados em todas as dimensões da percepção da cultura à exceção: “Transições” e “Resposta ao erro não punitiva”.

Verificamos ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” ($p=0,014$), “Apoio à segurança do doente pela gestão” ($p=0,014$), “Feedback e comunicação acerca do erro” ($p= 0,048$) e “Profissionais” ($p=0,009$).

Desta forma, podemos afirmar que há relação entre a notificação de EA nos últimos 12 meses e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de saúde do doente no DOG nas dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”,

“Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Profissionais”.

Quadro 14 - Teste de U de Mann-Whitney entre a notificação de EA nos últimos 12 meses e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG

Notificação EA últimos 12 meses Dimensão da CSD	Não	Sim	Z	p
	OM	OM		
Trabalho em Equipa	61,38	60,21	-0,175	0,861
Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	66,48	49,90	-2,468	0,014
Apoio à segurança do doente pela gestão	66,44	49,98	-2,464	0,014
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	63,31	56,33	-1,041	0,298
Perceções gerais sobre a segurança do doente	61,94	59,10	-0,421	0,674
Feedback e comunicação acerca do erro	65,38	52,13	-1,976	0,048
Abertura na comunicação	62,90	57,16	-0,854	0,393
Frequência da notificação de erros	62,24	58,49	-0,557	0,578
Trabalho entre as unidades	63,20	56,55	-0,993	0,321
Profissionais	66,82	49,21	-2,613	0,009
Transições	57,60	67,89	-1,538	0,124
Resposta ao erro não punitiva	60,94	61,13	-0,028	0,978

6 Discussão

No presente capítulo pretendemos comparar os resultados obtidos com outros estudos existentes na área e refletir sobre os mesmos.

Através da pesquisa bibliográfica efetuada, não nos foi possível encontrar outros estudos que tenham avaliado a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente no DOG. Desta forma, para efetuar a discussão dos resultados, recorreremos a estudos que avaliaram a cultura de segurança do doente percebida pelos profissionais de saúde a nível hospitalar, incluindo as várias especialidades e ainda um outro estudo dirigido para o contexto pediátrico.

No presente estudo, com uma amostra de 121 indivíduos, a maioria dos participantes são do sexo feminino (90,9%), tal como no estudo de Eiras (2011), Peralta (2012) e Pimenta (2013) com 68,9%, 83,6% e 75,7%, respetivamente de elementos do sexo feminino, sendo todos estes valores inferiores aos do nosso estudo.

Quanto ao grupo profissional, 89,3% são enfermeiros e 10,7% são médicos. Na literatura existente e tal como no nosso estudo, podemos verificar que a taxa de adesão é mais baixa por parte da classe médica, nomeadamente no estudo de Saturno et al. (2008) (33,1% vs 61,1%) e no estudo de Waterson et al. (2010) (8% vs 60%).

Relativamente aos anos de experiência profissional, o maior grupo de profissionais detém entre 13 a 20 anos de experiência profissional (36,4%), seguidos pela de 21 ou mais anos (30,6%), que no seu conjunto perfazem 67%, sendo por isso profissionais com muitos anos de experiência. Com menor ou igual a 7 anos de experiência, encontra-se 17,4% da amostra, constituindo o grupo com menor experiência. Por outro lado, no que diz respeito à experiência no DOG, são os profissionais com menor experiência, até 12 anos, que apresentam maior representatividade (58,7%).

De seguida, iremos proceder à análise dos percentuais positivos das dimensões da cultura de segurança do doente no DOG comparando com os da literatura (cf. Quadro 13).

De todas as dimensões avaliadas, a dimensão com uma percentagem mais elevada de resposta positivas no nosso estudo foi o “trabalho em equipa” (71%), tendo como ponto forte o item “Neste Serviço/unidade os profissionais entrecorrem-se”, visto deter 89,3% de repostas

positivas. Em todos os estudos em análise, esta dimensão evidencia-se das restantes (Sorra et al., 2007; Eiras, 2011; Portugal, MS, DGS, 2015B; Garcia, 2015). Contudo, em termos da classificação usada pela AHRQ, apenas no trabalho elaborado por Sorra et al. (2007) e Garcia (2015) esta dimensão apresenta-se como um ponto forte para a cultura de segurança (78% e 82% respetivamente). No presente estudo, esta dimensão apesar de ser a que apresenta uma percentagem mais elevada de respostas positivas, deve ser vista como uma oportunidade de melhoria. Este resultado vai de encontro ao pensamento de Fragata (2010) em que o trabalho em equipa é imprescindível para qualquer empresa segura (aviação, químicas enucleares, etc.), contudo não é ainda aceite como imprescindível na saúde. Afirmo ainda, a necessidade urgente de mudar a cultura de segurança na saúde, nomeadamente, mudar os modelos de trabalho da dependência na excelência individual para o trabalho em equipa, interdependente, cooperativo, se possível incluindo o doente na equipa (Fragata, 2010). Desta forma, deve-se promover a existência de equipas coesas, constituídas por profissionais que se respeitem e apoiam mutuamente, pois são a base ao desenvolvimento de uma cultura de segurança que se pretende forte em todos os aspetos.

Liderança é imprescindível para o correto funcionamento de uma equipa, não se pretende uma postura de ditador, mas sim um orientador e facilitador promovendo a mudança de práticas, ao serviço da segurança (Fragata, 2010). O líder é um elemento chave, com impacto tanto no sucesso como na falha de todo o sistema (Fragata, 2011).

No que concerne às “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, os profissionais de saúde do presente estudo têm uma perceção positiva (61%), idêntica aos resultados obtidos por Eiras (2011) e o estudo piloto realizado em Portugal (Portugal, MS, DGS, 2015B), com média de respostas positivas de 63% e 62% respetivamente. Por outro lado, o estudo realizado por Garcia (2015) na área da pediatria e o estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) por Sorra et al. (2007) apresentam valores ligeiramente mais elevados para esta dimensão (70% e 74%, respetivamente). Desta forma, podemos constatar que apesar de ser uma área não problemática, carece de melhorias, apresentando o menor valor de entre os estudos em análise.

A dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” apresenta-se como uma área problemática na perceção da cultura de segurança do doente no DOG, visto que a percentagem de respostas positivas é de 45%. O mesmo se verifica nos estudos realizados por Eiras (2011) (43%) e DGS (Portugal, MS, DGS, 2015B) (48%). É fundamental que os profissionais de saúde sintam que se promove um clima de confiança e de incentivo à cultura de segurança do doente,

sendo uma estratégia a divulgação por parte dos superiores hierárquicos e direção hospitalar a divulgação do que realmente se tem desenvolvido em benefício da segurança e qualidade dos cuidados prestados. O apoio à segurança do doente pela gestão é decisivo, promove um clima de confiança e o sentimento de que se está a agir com base num propósito comum, com forte influencia na motivação e disponibilidade dos profissionais (Profit, et al., 2012).

Relativamente à dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, não sendo “problemático” (55%) é uma oportunidade de melhoria. Quando comparado com outros estudos, podemos mesmo constatar que é no DOG que esta dimensão apresenta os valores mais baixos, Sorra et al. (2007) (69%), Eiras (2011) (66%), DGS (Portugal, MS, DGS, 2015B) (68%) e Garcia (2015) (62%).

Outras dimensões que carecem de melhoria, não sendo problemáticas são o “Feedback e comunicação acerca do erro” com 57% e “Transições” com 63%. de respostas positivas dos profissionais de saúde no DOG. Os valores apresentados são similares aos encontrados em outros estudos presentes na literatura, pelo que podemos concluir que não são áreas problemáticas na cultura de segurança do doente, mas com capacidade para evoluir.

A qualidade em saúde está intimamente ligada à qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado, e por isso pela segurança, do doente. Esta deve ser centrada no doente, respeitando-o como um elemento ativo no seu processo de saúde-doença e tratamento, mas também deve ser consistente e efetiva entre os profissionais de saúde (intra e inter equipas), quer em situações especialmente críticas, quer no seu funcionamento diário (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

Pela análise da dimensão “Abertura à comunicação”, podemos verificar que os profissionais de saúde do DOG apresentam valores semelhantes ou iguais de respostas positivas (53%) quando comparados com outros estudos existentes na literatura, como o de Eiras (2011) (53%), DGS (Portugal, MS, DGS, 2015B) (52%). Quando comparado com o estudo realizado na pediatria por Garcia (2015), podemos observar que o presente estudo apresenta valores superiores (53% vs 23%), concluindo que em termos de abertura à comunicação os profissionais de saúde no DOG apresentam uma melhor perceção da cultura de segurança. Contudo não deixa de ser uma dimensão com oportunidades de melhoria.

Uma outra dimensão com oportunidade de melhoria é o “Trabalho entre as unidades” com 50% de respostas positivas, indo de encontro com o trabalho elaborado nos EUA com 57% (Sorra et al., 2007) e o estudo piloto efetuado nos hospitais portugueses (Portugal, MS, DGS,

2015B) com 51%. Piores resultados foram observados no estudo executado por Eiras (2011) e Garcia (2015) com 45% e 38% de respostas positivas, respetivamente.

Tal como já vem sido mencionado, os profissionais desempenham um papel fundamental na segurança do doente e verificamos que a perceção dos participantes do presente estudo ainda há muito a fazer relativamente a esta dimensão no DOG, visto que a percentagem de respostas positivas foi de apenas 39%. A contratação de profissionais temporários não se evidencia como um problema (61%). No entanto, a maioria dos profissionais de saúde entende trabalhar mais horas por turno do que seria desejável e que o trabalho é realizado em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa (24% e 34% de respostas positivas, respetivamente). A dotação de profissionais é, sem dúvida, um fator que em muito contribui para a segurança e qualidade dos cuidados prestados. O mesmo é corroborado pelo regulamento nº 533/2014 publicado em Diário da Republica, onde evidencia a importância da dotação de enfermeiros adequada às reais necessidades de cuidados da população, valorizando o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, como estratégia para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde.

Também nos estudos de Eiras (2011) e DGS (Portugal, MS, DGS, 2015B), esta área se apresenta como problemática com percentagens inferiores a 50%, contudo, é no DOG que se observa o valor mais baixo, carecendo de rápida intervenção.

A “resposta ao erro não punitiva” é, de entre todas as dimensões e à semelhança do que se observou em outros estudos (Sorra et al., 2007; Eiras, 2011; Portugal, MS, DGS, 2015B; Garcia, 2015), a que se demonstra mais problemática (27%). Estes resultados sustentam a teoria, ao revelar que os profissionais sentem que os seus erros podem ser usados contra eles e existe uma elevada preocupação sobre o registo dos erros que cometem no seu processo pessoal. Face a esta realidade, é urgente uma mudança de mentalidades, que permita o avanço da tradicional cultura de culpa para uma cultura onde se priorize a notificação e aprendizagem com o erro.

Para Reason (2000, como citado em Sousa, 2013) uma das características mais importantes das organizações de elevada fiabilidade é a preocupação comum da instituição na possibilidade de falhar, ou seja, há a consciência de que se cometem erros, daí a necessidade de formar os profissionais para saberem reconhecer e recuperar esses erros. Para tal, um instrumento fundamental é o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, funcionando como um sistema de alerta para os riscos existentes, para os fatores que possam ter contribuído para um incidente, tendo como mais-valia a possibilidade de se delinear medidas

preventivas e de melhoria para evitar, no futuro, a recorrência do incidente. Contudo, a dimensão “Frequência da notificação de eventos” demonstra que esta é uma área com necessidade de intervenção com apenas 36% de respostas positivas. Também para os estudos de Eiras (2011), DGS (Portugal, MS, DGS, 2015B) e Garcia (2015) esta é uma área problemática com uma percentagem de respostas positivas inferior a 50%. Por outro lado, o estudo de Sorra e colaboradores (2007) realizado nos EUA, apresenta esta dimensão como não problemática, mas com capacidade de melhoria (59%). Estes resultados evidenciam fragilidades no nosso sistema de notificação, em que a subnotificação dos erros é uma realidade e onde, Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer.

Por outro lado, quando questionados sobre o número de relatórios de eventos/ocorrências preenchidos e entregues nos últimos 12 meses, no nosso estudo, a maioria dos profissionais de saúde (66,9%) não notificou qualquer evento ou ocorrência, 25,6% dos participantes apresentaram 1 a 2 relatórios e 7,4% apresentaram 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências.

Comparativamente com os resultados presentes na literatura, verificamos que obtemos uma maior taxa de notificação. No caso do estudo de Garcia (2015) na área da pediatria, 95,6% dos participantes não entregou nenhum relatório, 2,9% entregou 1 a 2 relatórios e 1,5% entregou 3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências. Melhores resultados foram observados no estudo piloto realizado em hospitais portugueses (Portugal, MS, DGS, 2015B) onde 73% dos inquiridos não relatou nenhum evento/ocorrência, 17% entregou 1 a 2 relatórios, 5% 3 a 5 relatórios e 2% 6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências.

No que se refere à dimensão “Perceções gerais sobre segurança do doente”, esta apresenta-se como uma área não problemática, mas com potencial de melhoria, com 55% de respostas positivas. Valores idênticos são encontrados no estudo de Eiras (2011) com 53% e com 59% de respostas positivas nos estudos da DGS (MS, DGS, 2015B) e Garcia (2015).

Quando questionados sobre o grau de segurança do doente, aproximadamente metade dos inquiridos do nosso estudo (51%) a considerou como “Aceitável”, 46% como “Muito boa” e apenas 4% como “Excelente. Contudo, piores resultados foram observados pela DGS, 1% dos participantes considerou o grau de segurança do doente como “Muito Fraca”, 5% de “Fraca”, 42% de “Aceitável”, 45% de “Muito Boa” e 6% de “Excelente” (Portugal, MS, DGS, 2015B). Já na área da pediatria os resultados não divergiram muito, 41% dos inquiridos considerou o grau de segurança como “aceitável”, 57% como “muito boa” e 2% como “excelente” (Garcia, 2015).

A área da saúde, é bastante exigente e complexa, suscetível à ocorrência de erros. Para Aibar e colaboradores (2015) a área da obstetrícia está exposta em maior medida do que outras especialidades a erros, negligências e suas consequências. Ao contrapor estas afirmações com os resultados obtidos, considerando que todos os inquiridos consideraram a percepção da segurança do doente como positiva e que avaliam a eficácia das alterações que fazem no sentido de melhorar a segurança do doente (62% de respostas positivas), podemos considerar que estão no bom caminho, pois tal como mencionado anteriormente, os erros acontecem, o importante é a aprendizagem que se pode fazer a partir dos mesmos. Contudo, ainda há um caminho a percorrer, onde as dotações seguras de profissionais e a notificação de incidentes e eventos adversos são elementos essenciais para a promoção da segurança do doente.

Quadro 15 - Benchmark média do percentual positivo (%)

Dimensões	Sorra et al., 2007	Eiras, 2011	Portugal, MS, DGS, 2015B	Garcia, 2015	Presente estudo
1: Trabalho em equipa	78	69	73	82	71
2: Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	74	63	62	70	61
3: Apoio à segurança do doente pela gestão	69	43	48	62	45
4: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	69	66	68	62	55
5: Perceções gerais sobre a segurança do doente	63	53	59	59	55
6: <i>Feedback</i> e comunicação acerca do erro	62	56	54	52	57
7: Abertura à comunicação	61	53	52	23	53
8: Frequência da notificação de eventos	59	39	44	31	36
9: Trabalho entre as unidades	57	45	51	38	50
10: Profissionais	55	41	47	54	39
11: Transições	45	53	59	53	63
12: Resposta ao erro não punitiva	43	27	41	18	27

Para promover a cultura de segurança, o investimento em formação profissional é determinante. A maioria dos elementos da amostra (94,2%) afirmaram que, caso surgisse oportunidade, frequentariam formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde. Ao longo do estudo foi possível observar algumas lacunas na área da segurança, com

necessidade de rápida intervenção, como é o caso da importância da notificação, incentivando a partilha de informação nos serviços. É fundamental formar, informar e desconstruir de forma gradual a ideia de culpabilização do erro.

A análise inferencial permitiu-nos identificar relações e diferenças estatisticamente significativas entre a perceção da cultura de segurança e as restantes variáveis incluídas no instrumento de colheita de dados.

Ao estudar a relação entre o sexo e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, verificámos que os profissionais do sexo masculino tendem a avaliar de forma mais positiva a cultura de segurança do doente, havendo significado estatístico para a dimensão “Transições”.

Relativamente à relação entre o estado civil e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, concluímos que os profissionais de saúde sem companheiro apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança do doente no DOG, havendo diferenças com significância estatística para a dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “Frequência da notificação de erros”.

Por outro lado, entre a formação académica e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, observamos que os inquiridos com um nível académico compatível com a Licenciatura tendem a apresentar níveis mais elevados de perceção de cultura de segurança do doente no DOG, com significado estatístico para as dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão” e “Perceções gerais sobre a segurança do doente”.

Do conjunto dos trabalhos de investigação consultados não foi possível obter dados que possibilitem confirmar ou refutar as tendências anteriormente descritas. Assim, para que seja possível compreender o fenómeno e as suas implicações práticas, sugere-se a realização de mais estudos.

No que concerne à relação entre categoria profissional e perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, podemos constatar que os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de perceção da cultura de segurança, com diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Trabalho entre as unidades” e “Transições”. Pela análise de alguns estudos existentes em Portugal, Peralta (2012) e Sousa (2013) confirmam esta tendência. Contudo, no estudo elaborado por Gomes (2012) considera não existirem diferenças significativas entre a categoria profissional e a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança.

Uma outra variável em análise e com diferença estatística é a experiência profissional. Verificamos que níveis mais elevados da percepção da cultura de segurança do doente no DOG apontam para os profissionais de saúde até sete anos (inclusive) de experiência profissional.

No estudo elaborado por Peralta (2012), o mesmo aconteceu com os profissionais com um a dois anos de experiência, já nos estudos de Gomes (2012) e Sousa (2013) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à experiência profissional no DOG e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”. Contudo, o baixo número de estudos realizados no âmbito da cultura de segurança na área da obstetrícia não nos permitiu a comparação de resultados.

Relativamente à notificação de EA nos últimos 12 meses e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, observamos que os inquiridos sem nenhuma notificação nos últimos 12 meses apresentam índices médios mais elevados com diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Feedback e comunicação acerca do erro” e “Profissionais”. Resultados semelhantes foram apresentados por Leça (2015), num estudo realizado no âmbito da pediatria, onde também se verificou que os profissionais de saúde que não fizeram qualquer notificação de eventos/ocorrências evidenciaram melhor percepção da cultura de segurança. Estes dados concorrem com a afirmação de Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro (2010) de que geralmente os hospitais que obtêm pontuação mais elevada na cultura de segurança do paciente apresentam geralmente um menor número de incidentes e/ou eventos adversos notificados. Ido de encontro com a linha de pensamento de Leça (2015), pensamos que nos casos em que os profissionais nunca notificaram um incidente ou evento adverso é porque de facto nunca vivenciaram nenhum (ou pelo menos nunca o detetaram), sendo compreensível que a percepção de segurança do doente seja positiva.

Ainda no presente trabalho, verificamos que a satisfação com a vida estabelece relação positiva com as dimensões “Trabalho em equipa”, “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Trabalho entre as unidades”, “Profissionais”, “Transições” e “Resposta ao erro não punitiva” o que permite afirmar que

quanto maior a satisfação com a vida maior a percepção da cultura de segurança. Contudo, o baixo número de estudos realizados neste âmbito não nos permitiu a comparação de resultados.

Relativamente às restantes variáveis em estudo (contexto sociodemográfico e profissionais), não se verificou a existência de relações estatisticamente significativas.

7 Conclusão

A segurança do doente apresenta-se como uma área fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e, felizmente, uma preocupação crescente dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde. Avaliar a cultura de segurança é uma ferramenta fundamental à melhoria da qualidade nos cuidados.

Com este estudo, procurou-se descrever a cultura de segurança percebida pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) no DOG. Assim, é possível obter maior conhecimento sobre as dimensões subjacentes à cultura de segurança no DOG e utilizar esse conhecimento no planeamento de medidas promotoras da segurança do doente, orientando a intervenção para alguns aspetos menos positivos.

A amostra é composta por 121 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), sendo maioritariamente participantes do sexo feminino (90,9%). A categoria profissional com maior representatividade são os enfermeiros (89,3%) e em termos de formação académica, 86% detêm o grau de licenciado.

Analisadas as 12 dimensões da cultura de segurança no DOG, verificou-se que a dimensão “Trabalho em equipa” foi a que apresentou a percentagem de respostas positivas mais elevadas (70,9%), contudo não atingiu o score suficiente para ser considerada como um ponto forte na cultura de segurança. As dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Feedback e comunicação acerca do erro”, “Trabalho entre unidades” e “Transições” são também valorizadas positivamente, mas devem a longo prazo ser alvo de alguma intervenção para que um dia possam ser encaradas como aspetos fortes da instituição. Por outro lado, verificamos a existência de quatro dimensões consideradas como problemáticas, com necessidade de intervenção prioritária, nomeadamente “Resposta ao erro não punitiva” (26,7%), “Profissionais” (39,3%), “Frequência da notificação de eventos” (35,8%) e “Apoio à segurança do doente pela gestão” (44,9%).

Relativamente à perceção do grau de segurança do doente, verificamos que aproximadamente metade dos inquiridos (50,4%) a considerou como “Aceitável”, 45,5% como “Muito boa” e apenas 4,1% como “Excelente”.

Quanto ao número de eventos/ocorrências notificadas, é possível observar que a maioria dos profissionais de saúde (66,9%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses e 33% dos profissionais afirma ter realizado entre um a cinco relatórios de eventos/ocorrências.

Através da análise inferencial constatou-se que a percepção de cultura de segurança no DOG é influenciada pelas variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil), onde os profissionais do sexo masculino e sem companheiro apresentam níveis mais elevados na percepção da cultura de segurança do doente no DOG. Também as variáveis profissionais apresentam a sua influência, nomeadamente a formação académica, com níveis superiores de cultura de segurança nos participantes com licenciatura; categoria profissional, onde os enfermeiros evidenciam uma maior percepção da cultura de segurança e a experiência profissional, com os profissionais de saúde até sete anos (inclusive) de experiência profissional a apresentarem valores mais elevados da percepção da cultura de segurança no DOG.

Relativamente à notificação de EA nos últimos 12 meses e a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança no DOG, observamos que os inquiridos sem nenhuma notificação nos últimos 12 meses apresentam índices médios mais elevados com diferenças estatisticamente significativas. Ainda no presente trabalho, verificamos que quanto maior a satisfação com a vida maior a percepção da cultura de segurança.

Avaliar a cultura de segurança é apenas o primeiro passo. A segurança de qualquer organização deve ser uma preocupação central e vista como um processo evolutivo, permeável à implementação de medidas corretivas e influenciada pela ação dos profissionais. É com este espírito que se justifica a necessidade deste trabalho. Perante os resultados, sugerimos que os profissionais devem ser ensinados a olhar o erro de uma outra forma, numa perspetiva mais positiva, livre do sentimento de culpa, encarando-o como um aliado ao processo de aprendizagem e útil à construção de um hospital progressivamente mais seguro.

Quanto à dotação de profissionais, tendo em conta que os elementos da amostra percebem este aspeto como problemático, sugere-se averiguar a existência de dotações seguras, valorizando a importância de cada uma das classes profissionais que integram a equipa multidisciplinar. O descontentamento dos profissionais em trabalharem mais horas por turno deve também ser considerado. Neste contexto, é oportuno desenvolver mais estudos com o intuito de conhecer as causas desta situação e suas implicações, orientando assim a implementação de estratégias adequadas à resolução do problema.

Acreditamos que os objetivos definidos para este estudo foram alcançados. Contudo, reconhecemos algumas limitações na investigação, nomeadamente, tratar-se de uma amostra pequena e não probabilística e, também, o facto de o estudo apenas ter abrangido os serviços de Obstetrícia e Ginecologia e não os hospitais como um todo à semelhança de outros estudos, mas sendo o nosso foco o cliente de foro obstétrico ou ginecológico, não poderia ter sido de outro modo. Além disso, esta opção é contemplada pelos autores do questionário. Estes fatores condicionaram, naturalmente, a generalização dos resultados e a sua comparação com os estudos existentes, com a agravante da escassez de investigação realizada sobre a segurança do doente no DOG.

Outro aspeto não menos relevante relaciona-se com o número de elementos da amostra, não existindo garantia de ser representativa da população, o que impossibilita a generalização dos resultados. O modo como o questionário foi distribuído pelos profissionais, dependendo da colaboração do enfermeiro chefe e/ou diretor de cada um dos serviços, teve influência no número de questionários preenchidos em cada um dos serviços. Por outro lado, o tempo limitado para realizar a colheita de dados, aliado ao facto dos profissionais evidenciarem que “trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados”, poderá justificar o facto de cerca de 45% dos elementos da população não se terem disponibilizado a participar no estudo.

Não obstante, o presente estudo traz vantagens, nomeadamente, para o investigador pela aprendizagem individual e pelo desenvolvimento de competências e capacidades de investigação e para as instituições, pela identificação de oportunidades de melhoria da cultura de segurança do doente no DOG. Além disso, pensamos que os resultados obtidos permitirão prosseguir para futuras pesquisas nesta área.

Por fim, e considerando o atual contexto global de preocupação com a cultura de segurança do doente, torna-se fundamental progredir nos métodos de estudo e investigação desta temática. Desta forma, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações, tais como, o alargamento do estudo à totalidade dos serviços das instituições em causa pois permitiria obter uma amostra representativa, conhecer a cultura de segurança do doente existente no hospital em questão e uma possível comparação entre as diferentes áreas. Acresce ainda a sugestão da realização de estudos mais alargados sobre a cultura de segurança do doente no DOG, envolvendo vários hospitais e serviços de Obstetrícia e Ginecologia. Não podemos também deixar de referir a intenção de dar a conhecer estes dados nos serviços que colaboraram com este estudo, dando o nosso contributo na formação dos profissionais, na sensibilização dos gestores e procurando envolver todos na procura da melhoria da segurança do doente.

A mudança de comportamentos não é tarefa fácil, contudo acreditamos que uma mudança na cultura de segurança do doente é possível. Para tal, é fundamental apostar na formação profissional e na implementação de medidas simples, com pequenos passos, para a construção de um hospital mais seguro, beneficiando doentes, profissionais e a instituição.

Referências Bibliográficas

- Aibar, L., Rabanaque, M., Aibar, C., Aranaz, J., & Mozas, J. (2015). Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet*, pp. 825-830.
- Allen, S., Chiarella, M., & Homer, C. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Elsevier - Midwifery*, pp. 497-503.
- Despacho nº 1400-A015. (2015, Fevereiro 10). Plano Nacional para Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2(28), pp. 3882. Acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho nº 5613-2015. (2015, Maio 27). Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2(102), pp. 13550 – 13553. Acedido em <https://dre.pt/application/file/67318639>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa.
- Fernandes, A., & Queirós, P. (Julho de 2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 37-48.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 26, pp. 564-570.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Garcia, C. (2015). *Cultura de segurança na criança hospitalizada num centro hospitalar da zona Centro - percepção dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Gomes, C. (2015). *A influência do meio ecológico na experiência da solidão e no bem-estar subjetivo, numa amostra de adultos mais velhos*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.

- Gupta, B., Guleria, K., & Arora, R. (2016). Patient Safety in Obstetrics and Gynecology Departments of two Teaching Hospitals in Delhi. *Indian Journal on Community Medicine*, 235-240.
- Júlio, V. (2013). *Preocupações de carreira para a reforma e satisfação com a vida numa amostra de reformados*. Dissertação de Mestrado, Lisboa.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 11-16.
- Leça, A. (2015). *Cultura de segurança do doente pediátrico - percepção dos profissionais de saúde*. Dissertação de Mestrado, Viseu.
- Lima, F. D. M. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista espaço para a Saúde*, 15(3), 22-29.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf*, 6(4), 226- 232. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099551>
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Martins, M., Araújo, A., & Almeida, L. (2015). Personalidade e Bem-estar Subjetivo na Excelência Profissional: Validação de Escalas Juntos de Gestores Portugueses. *Revista E-Psi*, pp. 86-102.
- Milne, J., & Lalonde, A. (2007). Patient safety in women’s health-care: professional colleges can make a difference. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. MOREOB program. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, pp. 565-579.
- Milne, J., Walker, D., & Vlahaki, D. (2013). Reflection on the Canadian MOREOB obstetrical risk management programme. *Best Practice & Reserch Clinical Obstetrics and Gynaecology*, pp. 563-569.
- Oliveira, G., Barbosa, G., Souza, L., Costa, C., Araújo, R., & Gouveia, V. (2009). Satisfação com a vida entre profissionais de saúde: correlatos demográficos e laborais. *Rrevista Bioética*, pp. 319-334.
- Pereira, A. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Pulo: Casa Psicólogo.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pettker, C., Thung, S., Lipkind, H., Illuzzi, J., Buhimschi, C., Raab, C., . . . Funai, E. (Outubro de 2014). A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, pp. 319-325.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2014a). Informação nº 002/2014 de 25/02/2014: *Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA – 2013*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2014b). Norma nº 015/2014 de 25/09/2014: *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2014c). Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012: *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015a). Norma nº 025/2013 atualizada a 19/11/2015: *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde; Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015b). *Relatório: Segurança dos Doentes, Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

- Profit, J., Etchegaray, J., Peterson, L., Sexton, J., Hysong, S., Mei, M., & E., T. (Março de 2012). The safety attitudes questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, pp. 127-132.
- Ramos, S., & Trindade, L. (Nov/Dez de 2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê relatar? *Tecno hospital*, pp. 10-16.
- Regulamento n.º 533/2014 – Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02 Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-36.
- Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10, pp. 47-57.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, pp. 201-209.
- Sousa, A. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro*. Dissertação de Mestrado, Coimbra.
- Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T., & Dyer, N. (Abril de 2007). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 comparative database report. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*.
- Sousa, P., & Mendes, W. (2014). *Segurança do Paciente - Criando Organizações de Saúde Seguras*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Trindade, S. (Novembro/Dezembro de 2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê relatar? *Revista tecno hospital*, pp. 10-16.

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

Questionário

Bebiana Borges de Sousa, aluna do IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, com vista à elaboração da sua dissertação de Mestrado, intitulada "Cultura de Segurança do Doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia", vem por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, pedindo desde já que leia atentamente todas as questões, respondendo com sinceridade a todas as perguntas colocadas e no fim verifique se nenhuma pergunta ficou por responder.

A segurança dos doentes é atualmente reconhecida como uma componente de extrema relevância no que se refere à Qualidade em Saúde e com este questionário pretende-se conhecer a sua perceção relativamente à segurança do doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia e a sua satisfação com a vida.

Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde. Solicita-se que expresse a sua opinião pessoal na certeza de que os questionários serão tratados com a devida confidencialidade e anonimato.

Instruções de preenchimento: Este questionário demorará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

Primeira Parte: Questionário sobre avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais
(traduzido e validado por: Doutora Margarida Eiras - Adaptado)

SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

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

- 1 • Discordo fortemente 4 • Concordo
2 • Discordo 5 • Concordo fortemente
3 • Não concordo nem discordo

1 2 3 4 5

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

SECÇÃO F: O seu Hospital

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

- 1 • Discordo fortemente 4 • Concordo
2 • Discordo 5 • Concordo fortemente
3 • Não concordo nem discordo

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

SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

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

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

SECÇÃO H: Identificação

1. Sexo

- Masculino Feminino

2. Idade

- < 30 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos 40 a 44 anos 45 ou mais

3. Estado Civil

- Solteir(a) União de facto / Casado (a) Divorciado (a) / Separado (a) Viúvo (a)

4. Formação Académica

- Licenciatura Pós Graduação/Pós-Licenciatura de Especialização, Qual? _____
 Mestrado Doutoramento
 Outra, Especifique _____

5. Categoria Profissional

- Enfermeiro
 Médico

6. Identificação da Instituição

- Centro Hospitalar do Porto, EPE Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE Centro Hospitalar Tondela e Viseu, EPE Centro Hospitalar Póvoa do Varzim • Vila do Conde, EPE

7. Tipo de contrato de trabalho/vínculo que detém para com a instituição

- Contrato de trabalho por tempo indeterminado Contrato de trabalho por tempo determinado/ a termo
 Recibos verdes Outra. Especifique _____

8. Anos de exercício profissional

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

9. Experiência na Instituição

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

10. Experiência profissional na prestação de cuidados no Departamento de Obstetrícia e/ou Ginecologia

- < 6 meses 6 a 11 meses 1 a 2 anos 3 a 7 anos 8 a 12 anos 13 a 20 anos 21 ou mais anos

11. O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?

- Sim Não

12. Alguma vez frequentou formação relativa à segurança do doente e gestão do risco?

- Sim Não

13. Se tivesse oportunidade, frequentaria formação sobre segurança e gestão do risco nos cuidados de saúde?

- Sim Não

14. Alguma vez tinha respondido a este questionário?

- Sim Não

Segunda Parte: Questionário SWLS

Encontra a seguir cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7 abaixo indicada, refira o seu grau de acordo com cada item colocando o número apropriado na linha que precede cada um deles. Procure ser sincero nas respostas que vai dar.

Eis a escala de 7 pontos:

- 1 • Totalmente em desacordo 4 • Nem de acordo nem em desacordo 7 • Totalmente de acordo
2 • Em desacordo 5 • Mais ou menos de acordo
3 • Mais ou menos em desacordo 6 • De acordo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. As minhas condições de vida são excelentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito Obrigada pela sua participação!

Anexo II – Autorização para utilização do instrumento de recolha de dados

2017-02-11

Email - bebianasousa@hotmail.com

RE: Pedido de autorização - Questionário SWLS versão portuguesa

Felix Neto <fneto@fpce.up.pt>

sex 17/02/2017 10:36

Para: Bebiana Sousa <bebianasousa@hotmail.com>;

 1 anexo (33 KB)

SWLSversão portuguesa.doc

Bom dia

Nada a opor quanto à utilização da SWLS na sua investigação

Com os melhores cumprimentos,

Félix Neto

De: Bebiana Sousa [mailto:bebianasousa@hotmail.com]**Enviada:** quinta-feira, 16 de Fevereiro de 2017 23:22**Para:** Felix Neto**Assunto:** Pedido de autorização - Questionário SWLS versão portuguesa

Boa noite Prof. Doutor Félix Neto,

O meu nome é Bebiana Sousa e encontro-me a fazer o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia na Escola Superior de Saúde de Viseu, cujo tema a abordar na Dissertação de Mestrado será a Cultura de Segurança do Doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Assim sendo, gostaria de saber se me autoriza a aplicação do questionário SWLS versão portuguesa ao longo do estudo, pois uma das variáveis independentes propostas seria a satisfação com a vida dos profissionais de saúde da área da Obstetrícia e Ginecologia.

Grata pela atenção dispensada.

Qualquer dúvida não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,

Bebiana Sousa.

bebianasousa@hotmail.com

919632668

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by **MailScanner**, and is believed to be clean.

2017-6-11

Email – bebianasousa@hotmail.com

Re: Pedido de autorização - Questionário HSPSC versão portuguesa

margarida eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>

sex 17/02/2017 12:58

Para: Bebiana Sousa <bebianasousa@hotmail.com>;

Bom dia

Muito obrigada pelo seu contacto!

Naturalmente que é com muito gosto que autorizamos mais um profissional de saúde a utilizar o questionário que avalia a cultura de segurança do doente

Estamos disponíveis para o que considerar conveniente

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras, PhD

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

margarida.eiras@estesl.ipl.pt

218980400

No dia 16/02/2017, às 13:08, Bebiana Sousa <bebianasousa@hotmail.com> escreveu:

Boa tarde Prof.ª Doutora Margarida Eiras,

O meu nome é Bebiana Sousa e encontro-me a fazer o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia na Escola Superior de Saúde de Viseu, cujo tema a abordar na Dissertação de Mestrado será a Cultura de Segurança do Doente no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Assim sendo, gostaria de saber se me autoriza a aplicação do questionário HSPSC versão portuguesa ao longo do estudo.

O mesmo seria aplicado a profissionais de saúde da área da Obstetrícia e Ginecologia, tendo como variáveis independentes:

- dados sociodemográficos;
- experiência profissionais;
- taxa de notificação de incidentes e eventos adversos;
- satisfação com a vida.

Grata pela atenção dispensada.

Qualquer dúvida não hesite em contactar.

Com os melhores cumprimentos,

Bebiana Sousa.

bebianasousa@hotmail.com

919632668

Anexo III – Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
Av. Rei Dom Duarte
3504-509 Viseu

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0164 19-FEB-16

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Bebiana Borges de Sousa do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos".

A segurança dos doentes é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante na Qualidade em Saúde. É reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura que vise minimizar a ocorrência de erros, favorecendo a aprendizagem com os mesmos.

Pretende-se com este estudo caracterizar a cultura de segurança da utente do foro obstétrico e ginecológico e analisar as varáveis que a podem influenciar.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante os meses de Março de 2016 a Outubro de 2016, aos profissionais de saúde pertencentes às categorias profissionais de enfermagem e medicina nos serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Sala de Partos.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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 a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos

 O Presidente da ESSV,


Professor Doutor Carlos Pereira

MP/SP



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
Lugar do Tapadinho, Guilhufe
4560-454 PENAFIEL

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0165 19-FEB-16

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Bebiana Borges de Sousa do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos".

A segurança dos doentes é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante na Qualidade em Saúde. É reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura que vise minimizar a ocorrência de erros, favorecendo a aprendizagem com os mesmos.

Pretende-se com este estudo caracterizar a cultura de segurança da utente do foro obstétrico e ginecológico e analisar as variáveis que a podem influenciar.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante os meses de Março de 2016 a Outubro de 2016, aos profissionais de saúde pertencentes às categorias profissionais de enfermagem e medicina nos serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Sala de Partos.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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 a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos

Carlos Pereira
O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

ASSINAR



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim- Vila do Conde, EPE
Largo da Misericórdia
4490 – 421 Póvoa de Varzim

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0166 19-FEB-16

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Bebiãna Borges de Sousa do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos".

A segurança dos doentes é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante na Qualidade em Saúde. É reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura que vise minimizar a ocorrência de erros, favorecendo a aprendizagem com os mesmos.

Pretende-se com este estudo caracterizar a cultura de segurança da utente do foro obstétrico e ginecológico e analisar as variáveis que a podem influenciar.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante os meses de Março de 2016 a Outubro de 2016, aos profissionais de saúde pertencentes às categorias profissionais de enfermagem e medicina nos serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Sala de Partos.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.


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 a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos


O Presidente da ESSV,


Professor Doutor Carlos Pereira

MP/PP

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



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor,
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Porto, EPE
Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0167 19-FEB-16

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Bebiã Borges de Sousa do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos".

A segurança dos doentes é hoje internacionalmente reconhecida como uma componente extremamente importante na Qualidade em Saúde. É reconhecida como um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde, sendo prioritário desenvolver uma cultura que vise minimizar a ocorrência de erros, favorecendo a aprendizagem com os mesmos.

Pretende-se com este estudo caracterizar a cultura de segurança da utente do foro obstétrico e ginecológico e analisar as variáveis que a podem influenciar.

Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação, durante os meses de Março de 2016 a Outubro de 2016, aos profissionais de saúde pertencentes às categorias profissionais de enfermagem e medicina nos serviços de Obstetrícia, Ginecologia e Sala de Partos.


Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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 a Professora Doutora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos

 O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

MF/FP

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

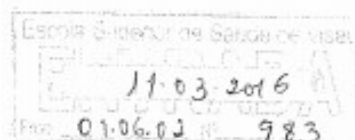
Anexo IV – Autorizações das instituições de saúde para a realização do estudo

Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV

De: Secretaria Geral <secretaria.geral@chporto.min-saude.pt>
Enviado: quinta-feira, 10 de Março de 2016 17:12
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Importância: Alta

Exmo. Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior Saúde Viseu



Em resposta ao v/ ofício nº 167 de 19-02-2016, informo que por despacho do Sr. Enfermeiro Diretor Eduardo Alves em 09-03-2016, o solicitado em assunto foi autorizado, sendo a responsabilidade pelo lançamento e recolha dos mesmos pela aluna /Escola.

Deve ser articulado o trabalho com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

Conceição Rodrigues
Técnico Superior
Responsável Serviço Secretaria Geral

Centro Hospitalar Porto, E.P.E.
Largo Professor Abel Salazar - 4099-001 Porto
Telef. 22 207 7500 – Extensão: 1237 – VPN: 81450 Fax 22 332 0318
Só imprimir esta cópia se estritamente necessário.

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
 3500-843 Viseu

Exmo. Senhor:
 Escola Superior de Saúde de Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
 3500-843 Viseu
 A/C: Professora Doutora Manuela Ferreira

Via CTT

Sua Referência
165

Sua Comunicação de
2016-02-19

Nossa Referência
n.º
Proc.º

Data
22/07/2016

ASSUNTO: Estudo "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos" – aluna Bebiãna Borges de Sousa

Exma. Senhora Professora Doutora Manuela Ferreira,

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Estudo "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos" – aluna Bebiãna Borges de Sousa investigação.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

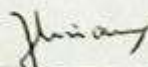
Do estudo solicitado, importa referir o seguinte:

- Ficou esclarecido que os questionários serão entregues através da sr. Enfermeira Chefe do Serviço, que será contactada pela investigadora;
- Não ficou totalmente claro como serão recolhidos os questionários e os termos de consentimento informado, preenchidos pelas Sr.s enfermeiras. Sugere-se que sejam recolhidos em envelopes individuais e unicamente acessíveis à investigadora.

Nas condições anteriores, a comissão não tem objecção ética à sua realização do estudo no CHTS, Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O vogal Executivo do Conselho de
Administração



(Jorge Luciano Monteiro, Enf.)

Manuela Ferreira

Jorge Luciano Monteiro



Conselho de Administração

03-05-2016
01-06-05 1475

Exmo Senhor
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de
Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida,
n.º.102
3500-843 Viseu

Sua Referência

164

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

28-04-2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário.

Em resposta ao assunto acima mencionado informamos V^ª Ex^ª que, foi **autorizada**, de acordo com o parecer da Sr^ª. Enfermeira Diretora e do Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, a recolha de dados para a realização do estudo subordinado ao tema "Cultura de Segurança da Doente na Prestação de Cuidados Obstétricos e Ginecológicos" a realizar pela aluna Bebiana Borges Sousa do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

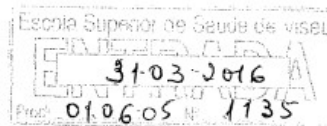

(Carlos Fernando Ermida Rebelo, D^º.)

PCA/Ab

Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV

De: Secretariado do Conselho de Administração - CHPVVC <ca@chpvvc.min-saude.pt>
Enviado: quinta-feira, 31 de Março de 2016 11:58
Para: essvgeral@essv.ipv.pt
Cc: Manuel Morim; Irene Cerejeira
Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário
Anexos: 1142_001.pdf

Importância: Alta



Bom dia,

Conforme solicitado através do V/ ofício em anexo, cumpre-nos informar V. Ex.^ª que foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

 Mara
 (Audemara Sousa)
 O Secretariado do Conselho de Administração

 CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE



Largo da Misericórdia • 4490-421 Póvoa de Varzim
 Tel.: +351 252 690 601 | Ext.: 215 | Fax: +351 252 611 120
 E-mail: mara@chpvvc.min-saude.pt | www.chpvvc.pt



CENTRO HOSPITALAR
 PÓVOA DE VARZIM-VILA DO CONDE, EPE



REPÚBLICA
 PORTUGUESA

SAÚDE