



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

João Rui Bento Consciência

A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados

Relatório final realizado no âmbito do 5º curso de mestrado, para candidatura ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor João Carvalho Duarte
Professora Doutora Manuela Ferreira



Pensamento

“Mistakes are allways forgivable, if one has the courage to admit them”

Bruce Lee

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor João Duarte, pelo seu profissionalismo, dedicação, disponibilidade, rigor e pelo imprescindível apoio no tratamento estatístico.

À Professora Doutora Manuela Ferreira, minha co-orientadora, pela força e motivação, por me ter feito acreditar que era possível.

Aos colegas de mestrado pela camaradagem, pela amizade, pelas partilhas e pelos momentos vividos nestes anos inesquecíveis.

A todos os enfermeiros que de forma responsável participaram neste estudo porque sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.

Aos meus pais, por todo o apoio incondicional, por serem o meu exemplo e alicerce.

Aos meus irmãos pela compreensão e amizade.

À Joana, porto de abrigo, pela paciência, pela compreensão dos muitos momentos de ausência.

A todos o meu, muito obrigado!

Resumo

Enquadramento: A segurança do doente tem um carácter multidimensional e multidisciplinar que exige abordagens sistémicas e integradas que viabilizem a consecução de planos de melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a garantia da segurança dos doentes nas organizações de saúde. No âmbito da sua índole multidimensional a OMS evidencia a importância da qualidade da interação e da comunicação como determinantes da qualidade e da segurança na prestação dos cuidados de saúde.

Objetivo: Analisar qual a percepção dos enfermeiros, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Método: Este estudo, de carácter quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal, realizou-se numa amostra de 138 enfermeiros. Foi utilizada a escala Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011), e a Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC) validada por Ferreira; Silva & Duarte (2016) para avaliação das competências comunicacionais.

Resultados: Os inquiridos têm uma idade média de 32.51 anos, com um desvio padrão de 7.958. São maioritariamente do sexo feminino (77.54%) com licenciatura (94.4%) e tem, em média 9.41 anos, de experiência profissional. A idade, o estado civil, a experiência profissional não influenciam a cultura de segurança do doente. Após a análise inferencial através de uma regressão múltipla multivariada, registamos que todas as variáveis manifestas (Anos experiencia profissional, recolhe informação, partilha Informação e permite terminar o diálogo) registam valores significativos. Aferimos que a dimensão permite terminar o dialogo apresenta maior peso preditivo em relação à cultura de segurança no que diz respeito a frequência de notificação, comunicação e feedback acerca erro e aprendizagem organizacional – melhoria continua. Quanto maior os anos de experiencia profissional menor a resposta ao erro não punitiva.

Conclusão: Os resultados apontam para a importância da comunicação sobre algumas variáveis na cultura de segurança do doente. Esta realidade circunscreve-se de novos pressupostos e atitudes, profissionais que têm que acompanhar, em tempo útil, a evolução do conhecimento, garantindo comunicação enfermeiro / utente eficaz e práticas de cuidados seguras, com garantia de qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Cultura de segurança, Enfermagem, Qualidade de cuidados, Comunicação

Abstract

Background: Patient's safety as a multidimensional and multidisciplinary character that needs a systemic and integrated approach that make viable the achievement of plans to improve the quality of care and, consequently, ensuring patient safety in health organizations. In the context of its multidimensional nature, WHO highlights the importance of the quality interaction and communication as determinants of quality and safety in health care delivery.

Goal: Analyze nurse's perceptions about the importance of communication as a determinant of quality and safety in health care.

Methodology: This study of, quantitative, descriptive-correlational, analytical and transversal nature, was accomplished on a sample of 138 nurses. We used the scale Evaluation of patient safety culture in Hospitals (Eiras, 2011), and the scale Clinical Communication Skills (ECCC) validated by Ferreira, Silva & Duarte (2016) to evaluate communication skills.

Results: The participants have a mean age of 32.51 years, with a standard deviation of 7.958. They are mostly female (77.54%) with a degree (94.4%) and have, on average, 9.41 years of professional experience. Age, marital status, work experience does not influence the safety culture of the patient. After the inferential analysis through a multivariate multiple regression, we note that all manifest variables (Years of professional experience, collects information, share information and allows to terminate the dialogue) showed significant values. We assessed the dimension allows end the dialogue has increased predictive weight in relation to safety culture as regards the frequency of notification, communication and feedback about errors and organizational learning – continuous improvement. The greater the years of professional experience less punitive error response.

Conclusion: The results point to the importance of some variables in the safety culture of the patient. This reality is circumscribed by new presuppositions and attitudes; Professionals who have to attend, in a timely manner, the evolution of knowledge, ensuring safe practices, assuring the quality of the care provided.

Keywords: Safety culture, Nursing, Quality of care, Communication

Sumário

INTRODUÇÃO.....	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	27
1.1 Comunicação profissional de saúde/utente	28
1.2 Comunicação entre os profissionais de saúde	30
2 SEGURANÇA EM SAÚDE.....	33
2.1 Cultura de segurança.....	34
2.2 Erro clínico	36
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	41
1 METODOLOGIA.....	43
1.1 Métodos	43
1.2 Participantes	47
1.2.1 Caracterização sociodemográfica.....	47
1.3 Instrumento de recolha de dados.....	49
1.3.1 Dados sociodemográficos e profissionais.....	49
1.3.2 Escala de competências de comunicação clínica.....	50
1.3.3 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011).....	61
1.4 Procedimentos éticos e de recolha de dados	63
1.5 Análise de dados.....	64
2 RESULTADOS	69
2.1 Análise descritiva	69
2.1.1 Variáveis de contexto profissional.....	69
2.2 Competências de Comunicação	72
2.3 Cultura de Segurança	78
3 DISCUSSÃO	103
3.1 Discussão metodológica	103
3.2 Discussão de resultados	104
4 CONCLUSÃO.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	123

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatística relativa a idade em função do sexo dos enfermeiros	48
Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo	49
Tabela 3 - Consistência Interna da escala de competências de comunicação clínica	52
Tabela 4 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda	53
Tabela 5 - Índices de bondade de ajustamento global	57
Tabela 6 - Fiabilidade compósita e variância extraída média	57
Tabela 7 - Consistência interna dos itens por subescalas da ECCC	58
Tabela 8 - Validade convergente/divergente da ECCC	59
Tabela 9 - Correlação de Pearson entre as subescalas da ECCC.....	61
Tabela 10 - Dimensões da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais.....	62
Tabela 11 - Estatística relativa aos anos de experiência profissional em função do sexo dos enfermeiros.....	69
Tabela 12 - Teste de Qui2 para a distribuição dos anos de experiência em função do sexo dos enfermeiros.....	70
Tabela 13 - Distribuição de enfermeiros por serviço de enfermagem	70
Tabela 14 - Teste de qui quadrado para o conhecimento dos enfermeiros sobre a existência de um departamento de política da qualidade nos cuidados de saúde, em função do sexo	71
Tabela 15 - Teste de qui quadrado para o conhecimento dos enfermeiros sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, em função do sexo	71
Tabela 16 - Estatísticas relativas à ECCC	72
Tabela 17 - Teste de U-Mann-Whitney, relação entre o Sexo dos enfermeiros e a ECCC	73
Tabela 18 - Teste t de Student para a ECCC versus Idade dos enfermeiros	73
Tabela 19 - Teste t de Student para ECCC versus Estado Civil dos enfermeiros	74
Tabela 20 - Análise de variância ANOVA entre a Experiência Profissional e os fatores da ECCC	74
Tabela 21 - Teste Kruskal Wallis para fatores da ECCC e os diferentes serviços de prestação de cuidados de enfermagem.....	75
Tabela 22 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “estabelecer relação (rapport) entre o profissional e o utente” a competência de comunicação mais relevante	76
Tabela 23 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “abrir uma consulta / entrevista clínica” a competência de comunicação mais relevante	76
Tabela 24 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “recolher informação (fazer historia clínica)” a competência de comunicação mais relevante.....	76
Tabela 25 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “compreender a perspectiva do utente sobre o seu problema / doença” a competência de comunicação mais relevante	77
Tabela 26 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente” a competência de comunicação mais relevante	77
Tabela 27 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas / diagnósticos e plano terapêutico” a competência de comunicação mais relevante.....	77
Tabela 28 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “Fechar a entrevista / consulta” a competência de comunicação mais relevante	78
Tabela 29 - Trabalho em equipa: percentual de respostas	79

Tabela 30 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: percentual de respostas	80
Tabela 31 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentual de respostas	80
Tabela 32 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas	81
Tabela 33 - Perceções gerais sobre a segurança do doente: percentual de respostas	82
Tabela 34 - Comunicação e Feedback acerca do erro: percentagem de respostas	83
Tabela 35 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas	84
Tabela 36 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas	85
Tabela 37 - Trabalho entre as unidades: percentual de respostas	86
Tabela 38 - Dotação de Profissionais: percentual de respostas	87
Tabela 39 - Transições: percentual de respostas	88
Tabela 40 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas	89
Tabela 41 - Grau de segurança do doente	91
Tabela 42 - Número de eventos notificados nos últimos 12 meses.....	92
Tabela 43 - Estatísticas relativas à escala de Cultura de Segurança.....	94
Tabela 44 - Correlação de Pearson entre os fatores da escala de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais	94
Tabela 45 - Teste de U Mann - Whitney entre o sexo dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais.....	95
Tabela 46 - Teste t para diferenças médias entre a idade dos enfermeiros e a cultura de segurança nos hospitais.....	96
Tabela 47 - Teste t para diferenças médias entre o estado civil dos enfermeiros e a cultura de segurança nos hospitais.....	96
Tabela 48 - Teste de U Mann - Whitney entre as habilitações literárias dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais.....	97
Tabela 49 - Teste Anova entre os anos de experiência profissional dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais	98
Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre o serviço / unidade onde os enfermeiros exercem funções e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais	99
Tabela 51 - Teste turkey.....	99
Tabela 52 - Teste de U Mann - Whitney entre a Notificação de acidentes - Departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais.....	100
Tabela 53 - Teste de U Mann - Whitney entre a Notificação de acidentes - Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais ...	100

Lista de Figuras

Figura 1 - Os 5 estágios de maturidade da cultura de segurança.....	35
Figura 2 - Esquema conceptual do estudo	46
Figura 3 - Cargas fatoriais do modelo heptafatorial	54
Figura 4 - Modelo refinado	55
Figura 5 - Estrutura hierárquica de segunda ordem	56
Figura 6 - Regressão múltipla multivariada da ECCC com a escala cultura de segurança do doente nos hospitais.....	101

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Trabalho em equipa: percentual de respostas.....	79
Gráfico 2 - Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente: percentual de respostas	80
Gráfico 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentual de respostas	81
Gráfico 4 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas	82
Gráfico 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente: percentual de respostas	83
Gráfico 6 - Comunicação e Feedback acerca do erro: percentagem de respostas	84
Gráfico 7 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas.....	85
Gráfico 8 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas.....	86
Gráfico 9 - Trabalho entre as unidades: percentual de respostas	87
Gráfico 10 - Dotação de Profissionais: percentual de respostas	88
Gráfico 11 - Transições: percentual de respostas	89
Gráfico 12 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas	90
Gráfico 13 - Respostas positivas por dimensão (%).....	91

Lista de Siglas

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AHRQ – Agency for Healthcare Research Quality

AMOS - Analysis of Moment Structures.

CFI - Comparative Fit Index

CV –Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCC – Escala de Competências de Comunicação Clínica

FC - Fiabilidade compósita

GFI - Goodness-of- Fit Index

JCI – Joint Commission International

K - kurtose

MLE - Maximum-Likelihood Estimation

OAC – Organizações de Alta Confiabilidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

RMR - Root Mean Residual

RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation

Sk- Skewness

SRMR - Standardized Root Mean Square Residual

UCIP – UCI – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente / Unidade Cuidados Intermédios

UMW - U-Mann Whitney

VEM - variância extraída média

WHO – World Health Organization

Introdução

A prestação de cuidados de saúde reveste-se de um elevado grau de complexidade determinado pelas especificidades, do seu foco o utente, assim como pelo carácter multidimensional, multiprofissional e pluridisciplinar dos contextos. Uma das características dos Sistemas de Saúde é a produção de resultados imprecisos, muitas vezes expressos em erros e complicações com elevados custos de eficiência e crescentes graus de insatisfação, tanto dos utilizadores como dos prestadores (Fragata, Sousa, Santos, 2014). Os eventos adversos constituem-se como a maior causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo (OMS, 2008). Embora as estimativas referentes a esta realidade sejam vagas, muitos estudos alertam para as fragilidades na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. (OMS, 2008). A quantificação dos danos sofridos pela prestação de cuidados de saúde inseguros e inadequados é um processo difícil e complexo (OMS, 2008; Pimenta, 2013). Um estudo de 1999, publicado pelo Institut of Medicine, estima que nos Estados Unidos morreriam anualmente entre 44 a 98 mil indivíduos em consequência de erros dos cuidados de saúde que receberam, um número comparável à queda diária de um boing 747 e superior à mortalidade decorrente do VIH-Sida, do cancro da mama ou dos acidentes de viação. A Directorate-general of Health and Consumer Protection, avaliou a perceção dos utilizadores sobre o erro médico e as suas implicações. Participaram 25 países da união Europeia, entre os quais Portugal, e os resultados inferem que 78% dos inquiridos considera o erro médico um “problema grave no seu país” e que 28% já viveu, diretamente ou num familiar próximo, consequências do erro de diagnóstico e ou de tratamento. Um conjunto alargado de investigações sobre prevalência do erro nos cuidados de saúde, estima que entre 3 a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados (Santos, 2010). Em Portugal os dados disponíveis sobre esta importante problemática são ainda mais escassos, no entanto, se considerarmos que os hospitais portugueses têm a mesma fiabilidade dos seus congéneres americanos, será possível estimar entre 1.300 a 2.900 mortes anuais em consequência de erros cometidos pela prestação de cuidados de saúde (Mendes e Barroso, 2014). Se associarmos a estes números os casos de morbidade decorrentes do mesmo facto, temos a noção exata de que estamos perante uma realidade assustadora que requer uma atenção multidimensional e pluridisciplinar imediata, orientada pela investigação que permita identificar os problemas e desafios inerentes à segurança do doente e estudar as soluções adequadas. A segurança do doente constitui-se, neste contexto, como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI. Tema central no âmbito da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação mundial, de crescimento exponencial, que exige o envolvimento de todos os parceiros do processo, organizações de saúde, decisores políticos, gestores, profissionais de saúde, utentes e familiares. A

elaboração de programas assertivos e congruentes de Qualidade em Saúde e Segurança do Utente impõe esta abordagem pluridimensional e integrada. A ocorrência do erro é um fenómeno adverso que, de uma ou de outra forma afeta, todos os elos desta cadeia nomeadamente os profissionais, elementos operacionais da prestação de cuidados (Antunes, 2015). Sendo o profissional de saúde um humano é falível como qualquer outro cidadão e, como tal, os erros são esperados (Costa, 2014). A mudança permanente das conjunturas de trabalho (aumento da esperança média de vida, doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica cada vez mais complexa), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional (Mendes e Barroso, 2014). Os erros são, assim, muitas vezes, consequências e não causas. Se errar é condição humana, reconhecer o erro e adquirir competências para o prevenir é exigência chave para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos, 2010). Se não é possível mudar a condição humana é viável mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham construindo defesas no sistema. É neste contexto que se edifica e ganha destaque uma nova entidade, a *Cultura de Segurança*, que reflete o comprometimento dos profissionais de uma organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e que terá como consequência desejável, e esperada, a mudança de comportamentos influenciando, desta forma, os resultados ou seja, a garantia de cuidados seguros ao cidadão (Reis, 2014). A pertinência desta temática é corroborada por entidades como a União Europeia e a Organização Mundial da Saúde (OMS) que sugerem a implementação de uma cultura de segurança e gestão de risco nos Sistemas de Saúde (Santos, 2010; Antunes, 2015). Estas instituições ressaltam a pertinência da avaliação da perceção que os profissionais de saúde detêm sobre a cultura de segurança do doente, indiciando-a como condição essencial para a adesão a comportamentos de mudança nos profissionais e nas organizações e, conseqüentemente, no alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Este novo paradigma constitui uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes que apontam a cultura de segurança como um imperativo nas intervenções de melhoria que, deverão ser sempre coadjuvadas pela monitorização da evolução das mesmas (DGS, 2015).

A *Cultura de Segurança* é um elemento integrante e indissociável dos programas de qualidade, define-se como a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, oportunos e equitativos (Pimenta, 2013). Deve ser veiculada por uma comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, aprendizagem contínua, notificação de eventos adversos assegurando-se, por esta via a primazia da segurança em todos os níveis

da organização (WHO, 2009 cit. in Reis, 2014). Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por uma comunicação fundamentada na confiança mútua e na efetividade das medidas preventivas.

A importância da comunicação na área da saúde tem vindo a ser alvo de vários estudos ao longo das últimas décadas, a OMS evidencia-a como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos et. all, 2010). A sua importância na estrutura, processo e resultados dos cuidados de saúde é corroborada pela Joint Commission International Center for Patient Safety. Esta comissão, nomeada pela OMS em 2005, tem como missão identificar problemas e desafios inerentes à segurança do doente e, estudar as soluções adequadas que serão fundamentadas nas partilhas dos profissionais de saúde e de todos os outros elementos envolvidos no sistema da prestação de cuidados. Como resultado desta participação pluridisciplinar foi elaborado um documento “Nine Life-saving Patient Solutions” que expõe tudo o que foi apreendido sobre o “onde”, o “como” e o “porquê” dos acidentes adversos em saúde. Um dos nove desafios e soluções identificadas diz respeito, precisamente, à comunicação, assumindo que as perturbações ou falhas na comunicação entre e inter equipas podem estar na base da ocorrência do erro no diagnóstico e tratamento, da diminuição da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, dos danos potenciais para os doentes (WHO, 2007). A importância da comunicação no trabalho de uma equipa interdisciplinar é determinante na qualidade da prestação de cuidados de saúde (Nogueira e Rodrigues,2015), afetando positivamente a segurança e o resultado do tratamento (Babiker,2014). À equipa são exigidas estratégias de interação afetivas e habilidades práticas tornando-se excepcional e fiel ao objetivo comum: qualidade na comunicação e segurança do doente (Babiker,2014). Os profissionais de saúde não podem cingir-se aos fenómenos clínicos têm que, necessariamente, construir uma relação interpessoal com o doente, influenciando, desta forma, a sua recuperação e, por consequência, a sua saúde (Alves, 2011). A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os seus utentes é um elemento fundamental e facilitador no processo de interação interpessoal que se irá refletir na qualidade dos cuidados prestados e na prevenção do erro. É o veículo para uma entrevista mais profícua, facilita a compreensão e a memorização das recomendações, aumenta a adesão à planificação do tratamento e dos cuidados contribuindo, assim, para uma maior segurança e satisfação do utente (McLaughlin, 2009). Na profissão de enfermagem, comunicar é o cerne da boa prática clínica. As relações que se estabelecem, com o doente ou com a família, advêm da capacidade de comunicação do enfermeiro e de toda a equipa multidisciplinar que com ele atua. É através dela que se cria um entendimento entre quem emite e quem recebe a informação, sendo parte determinante da profissão e a primazia para a edificação de uma sólida relação de confiança (Pereira,

2008). A comunicação é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção que tem do mundo. Motiva os esforços do indivíduo para se preservar da doença ou, então, para se conscientizar da doença e responsabilizar-se pelo seu tratamento (Phaneuf, 2005). Todo o indivíduo que recorre à ajuda de um profissional de saúde está motivado pela necessidade de permanecer saudável ou de restabelecer a sua condição de saúde. A confiança depositada no profissional fortalece um laço íntimo e uma necessidade de segurança num momento que é de fragilidade. O profissional de saúde é visto como elemento fiável no processo de busca da cura (Santos et. all, 2010).

A qualidade em saúde é uma exigência e uma preocupação cada vez mais premente para os Sistemas de Saúde e para os seus utilizadores (Carneiro, 2010). O desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento, a informação, credível e não credível, disponível ao utente remetem para um aumento exponencial dos níveis de conhecimento e formação especializada. Esta realidade circunscreve-se de novos pressupostos e atitudes; profissionais que têm que acompanhar, em tempo útil, a evolução do conhecimento, garantindo práticas seguras e, utentes/família mais empoderados que avaliam, a cada passo, a qualidade do cuidado prestado. A influência de informação não privilegiada remete o profissional para um cuidado especial e uma qualidade de excelência (Brás e Ferreira, 2016). Os Sistemas de Saúde adotados por cada país têm o desígnio de simplificar e promover um tratamento especializado e de excelência, neste âmbito é exigido aos decisores políticos que implementem medidas que visem o incremento da qualidade através de reformas na saúde e da exclusão de práticas inadequadas, inseguras e desnecessárias (WHO, 2007).

O contexto deste enquadramento que nos remete para uma problemática complexa, de que ressalvamos os números referentes à mortalidade e morbilidade adjudicados aos erros nos cuidados de saúde; o apelo da comunidade científica internacional para a pertinência de investigação como elemento norteador na identificação dos problemas e desafios inerentes à segurança do doente e na edificação de soluções adequadas; a identificação da importância da comunicação como determinante da segurança na prestação dos cuidados de saúde, o campo de ação do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica e as competências do enfermeiro desta área de especialidade, justificaram a escolha do tema que desenvolvemos e apresentamos: “A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados”. Este trabalho incide na comunicação, segurança e qualidade para a saúde dando relevância às competências interpessoais, de comunicação e, simultaneamente, avaliando a qualidade das mesmas enquadrando-as na prestação de cuidados de saúde.

As contextualizações expostas serviram de mote às questões que se nos colocaram e que deram origem ao nosso problema de investigação que consubstanciamos desta forma: Qual a perceção dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados?”

Na prossecução da questão pivô formulada ainda surgem como questões complementares (ii) Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as competências de comunicação dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na segurança dos utentes? (iii) Qual o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na cultura de segurança dos cuidados? Para dar resposta às interrogações formuladas delineámos os seguintes objetivos: (i) Analisar a perceção dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados. (ii) Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos, sobre comunicação, dos enfermeiros, do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais (iii) Analisar o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na cultura de segurança dos cuidados?

O estudo, que pretende analisar a perceção dos enfermeiros, do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados, é quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal. A nossa amostragem, não probabilística por conveniência é constituída por 138 enfermeiros e a colheita de dados decorreu de fevereiro a maio de 2016.

Para a sua consecução foi aplicado um instrumento de colheita de dados que é composto por: um questionário destinado à caracterização da amostra que inclui, as variáveis sociodemográficas e profissionais e duas escalas: Escala Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011), e a Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC) validada por Ferreira; Silva & Duarte (2016). Do ponto de vista da estrutura esta dissertação está organizada em três partes distintas ainda que complementares. A primeira parte, reservada ao enquadramento teórico da problemática, está estruturada em três capítulos; o primeiro referente à comunicação clínica, o segundo que aborda a segurança dos cuidados de saúde e o terceiro alusivo à qualidade nos cuidados de saúde. A segunda parte da dissertação patenteia o contributo pessoal da pesquisa, apresenta a conceptualização do processo de investigação empírica. Os primeiros capítulos particularizam a metodologia utilizada e descrevem a caracterização da amostra,

por fim procedemos à apresentação e análise dos resultados obtidos e principais inferências decorrentes da discussão com base em estudos de referência.

Finalizamos esta dissertação com uma conclusão que pretende ser a síntese integradora do processo de investigação. A terceira parte apresenta as referências bibliográficas, testemunho do percurso de pesquisa realizado no âmbito da produção nacional e internacional, referente aos determinantes da comunicação na segurança e qualidade dos cuidados. Incluir-se-ão em anexos os documentos que sustentam o trabalho de campo; instrumento de colheita de dados e autorizações obtidas para a utilização das escalas aplicadas.

PARTE I – Enquadramento Teórico

1 Comunicação em Saúde

Comunicar não é um privilégio da espécie humana, está presente em todo o reino animal e, numa reflexão mais abrangente, podemos provavelmente afirmar que ela é condição essencial à existência do universo. Podemos afirmar com segurança que é um fenómeno vital para a espécie humana, condição inerente aos seres vivos, confunde-se com a sua própria génese e evolução e é a essência da vida em sociedade. Estudá-la e compreendê-la obriga a uma longa viagem pela história humana, compreender as suas origens, percorrer as diferentes etapas do desenvolvimento dos inúmeros tipos de linguagem, percebendo como, e porquê, se foi modificando ao longo de todo o nosso percurso. É um fenómeno complexo e dinâmico, influenciado por múltiplos fatores intrínsecos, de carácter biológico, psicológico, psicossocial, cultural, religioso e, inúmeros fatores extrínsecos, afetos ao meio ambiente, onde se incluem o ruído, a falta de privacidade, o espaço, a tecnologia... (Pereira, 2008). Os acontecimentos e relações decorrentes deste processo agem uns sobre os outros, cada um afetando os demais. Podemos assim, inferir que a comunicação é vital para o desenvolvimento pessoal e integração no meio, é o vetor de disseminação do saber, dos códigos culturais e das relações intra e inter populacionais. O ser humano não existe sem comunicar, participando de forma ativa e única com a sua partilha de ideais e experiências (Briga, 2010). A mensagem transmitida pelo emissor, por gestos, sons, palavras ou códigos, é recebida e interpretada pelo recetor criando, assim, condições de diálogo. As estratégias de comunicação são veiculadas por infindos modelos de informação que decorrem, e se adaptam, aos, também infindáveis, públicos com quem estabelecemos interações. A avaliação da qualidade de comunicação em larga escala pode ser atribuída à dificuldade de quantificar o impacto repercutido na sociedade e às variadíssimas formas de comunicação adotadas. Pese embora estas complexidades é de extrema importância quantificar e qualificar o impacto social que a comunicação sofreu no momento. O seu papel no domínio saúde pública é de extrema relevância, contudo, o reconhecimento das estratégias adotadas para uma comunicação estruturada e sistematizada não estão ainda incorporadas na melhoria da qualidade (Cooper et al., 2015).

Não é possível falar de segurança em saúde sem referirmos a importância da qualidade da interação e da comunicação entre todos os responsáveis pelos cuidados de saúde (Santos et al. 2010). A comunicação é um elemento chave na garantia da segurança do doente, manifestando-se na qualidade dos cuidados. A sua efetividade resulta da participação ativa dos profissionais de saúde e da quantidade e qualidade de diálogo que se

estabelecer entre todos os intervenientes (Alves, 2011). A necessidade de diálogo evita o isolamento e fragmentação da pessoa (Alves, 2011), constituindo-se como a base da confiança necessária à relação doente/profissional de saúde (Morais et al, 2008). O estímulo à comunicação é uma estratégia fundamental e preponderante no âmbito do sector da saúde (Alves, 2011). A sua qualidade influencia diretamente o estado de saúde dos utentes e os recursos utilizados, despertando para a consciencialização dos riscos e estimulando a mudança de comportamentos (Brás e Ferreira,2016). Uma comunicação eficaz permite a satisfação do doente (Brás e Ferreira, 2016) e promove um incremento da qualidade dos cuidados de saúde (Santos et al. 2010). Os processos de comunicação em saúde têm uma importância crítica e estratégica porque podem influenciar significativamente a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde, a adaptação psicológica à doença e os comportamentos de adesão medicamentosa e comportamental (Brás e Ferreira, 2016).

A comunicação no âmbito dos cuidados de saúde é particularmente abrangente e complexa porque conglobera uma intrincada rede de inter-relações, neste contexto importa abordar dois campos de ação fundamentais: a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e a comunicação entre os profissionais de saúde.

1.1 Comunicação profissional de saúde/utente

A comunicação, sendo intrínseca à vida em sociedade, é basilar para profissões da área da saúde uma vez que a planificação dos cuidados, que têm por objetivo a satisfação das necessidades afetadas, tem subjacente uma inteiração contínua com os utentes e as suas famílias ou outras redes de apoio e suporte (Pontes et al., 2007; Sequeira, 2016). Neste contexto é importante diferenciar comunicação humana e comunicação terapêutica. Esta última tem como principal objetivo ajudar a pessoa criando com ela uma relação interpessoal terapêutica, pro-ativa e de confiança (Briga, 2010). Assim, a eficácia da comunicação entre os profissionais de saúde e os seus utentes é fundamental no processo de interação interpessoal com um reflexo determinante na qualidade dos cuidados de saúde, conduzindo a uma entrevista mais profícua, facilitando a compreensão e a memorização das recomendações, aumentando a adesão à planificação do tratamento e dos cuidados, contribuindo, desta forma, para uma maior segurança, com um reflexo positivo na satisfação do utente (McLaughlin, 2009). A comunicação eficaz é tida como um elemento importante no estabelecimento do diagnóstico e, muito especialmente, na prevenção de erros de diagnóstico (Santos et al. 2010). É consensual que a participação e o envolvimento do doente e da família nos diferentes níveis de cuidados representam benefícios para todo os intervenientes no sistema, doentes, profissionais e organizações

(Santos e Grilo, 2014). Este envolvimento tem vindo a ser reconhecido como um fator de redução dos custos em saúde e de maior eficiência nos cuidados, quer na fase de diagnóstico, quer na fase de tratamento (Hibbard, Green 2013 cit. in Santos, Grilo 2014). Os profissionais de saúde não podem dar resposta às necessidades dos doentes se eles não as expressam para além disso não conseguem diagnosticar com rigor ou prescrever com segurança se não obtiverem informação relevante e credível. A comunicação é a ferramenta essencial que permite ao profissional de saúde avaliar as necessidades afetadas, as preferências do doente, capacitá-lo quanto ao seu processo de doença e às recomendações de tratamento, adequando as decisões àquele paciente e às suas competências (Santos e Grilo, 2014). Os autores consideram que a formação académica em saúde tem de ser responsável pela promoção e treino de competências comunicacionais no ensino pré e pós-graduado dos profissionais da área. A comunicação eficaz com os doentes é um contributo de excelência para a promoção da segurança e prevenção de incidentes (Gong et al. 2006 cit. in Santos, Grilo 2014). A comunicação, tentativa de criar um laço de reciprocidade entre duas pessoas, tem que ser percebida pelo profissional de saúde como um processo complexo uma vez que os interlocutores são entidades muito diferentes com personalidades, necessidades, tendências e problemas particulares. Comunicar consiste em exprimir-se e em permitir que o outro faça, é estar em relação com um outro, mantendo-se em relação consigo próprio. A comunicação é um processo que comporta dois pólos: o do profissional, enquanto prestador de cuidados e o da pessoa cuidada. Podem influenciar-se mutuamente, mas, só o nosso pólo está verdadeiramente sob o nosso controlo e é difícil presumirmos o valor ou a influência que exercemos sobre o outro. Apenas a reação da pessoa cuidada nos permite inferir sobre o significado que atribui à nossa mensagem e só a nossa reação pode informá-la do que nós compreendemos sobre o que ela diz ou sente. Cada ser existe em interação com os outros num determinado contexto e numa dada cultura. Cada interlocutor está mergulhado num universo percetual que lhe é próprio, interpreta o mundo com a sua própria visão, cria de alguma forma a informação à medida que a transmite. Não é, portanto, surpreendente que haja dificuldades na comunicação (Phaneuf, 2005).

Na profissão de enfermagem, comunicar é o cerne da boa prática clínica. As relações que se estabelecem, com o doente ou com a família, advêm da capacidade de comunicação do enfermeiro e de toda a equipa multidisciplinar que com ele atua. É através dela que se cria um entendimento entre quem emite e quem recebe a informação, sendo parte determinante da profissão e a primazia para a edificação de uma sólida relação de confiança (Pereira, 2008). A comunicação é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da

pessoa e a concepção que tem do mundo. Motiva os esforços do indivíduo para se preservar da doença ou, então, para se consciencializar da doença e responsabilizar-se pelo seu tratamento (Phaneuf, 2005). O internamento hospitalar é uma experiência desagradável, muitas vezes aterradora que leva o doente a sentir-se desconfortável e com medo. A linguagem por vezes não é explícita utilizando-se termos confusos e impercetíveis ao doente. Neste contexto, a relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e o doente é primordial para que a experiência do internamento seja o menos traumático possível (Morais et al., 2008). Avaliando a organização do sistema de saúde e as exigências a que está sujeito é obrigatório coordenar as atividades através da comunicação. A dinâmica organizacional atribui uma complexidade elevadíssima aos sistemas de saúde, tornando-o num sistema aberto com necessidade constante de troca de informações (Alves, 2011). O enfermeiro é o profissional de saúde que tem maior influência na dinâmica saúde/doença (Pontes et al, 2007). Não se restringe só à prestação de cuidados, mas também ao desenvolvimento de habilidades de comunicação que permitam colmatar as necessidades do doente (Bertone et al, 2007). É este profissional o que mais tempo permanece com o doente, é com este que é estabelecida uma relação de confiança e partilha emocional que facilita a prestação de cuidados e promove a procura da saúde (Morais et al., 2008). O elo de confiança que o enfermeiro deve criar com a família é igualmente essencial e desejável e um elemento chave para a recuperação do doente (Pontes et al., 2007). O enfermeiro tem na comunicação um instrumento poderoso na humanização dos cuidados prestados com reflexo na qualidade dos mesmos e na prevenção da ocorrência de eventos adversos. (Morais et al., 2008).

1.2 Comunicação entre os profissionais de saúde

A segurança do doente constitui-se como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI. Afigurasse-nos inexequível abordar a temática da segurança em saúde sem mencionar a qualidade da interação e da comunicação dos profissionais que são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde de qualidade (Santos, 2010). A importância da comunicação na área da saúde tem vindo a ser alvo de vários estudos ao longo das últimas décadas, a OMS evidencia-a como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos et. all, 2010). A mudança permanente das conjunturas de trabalho (aumento da esperança média de vida, doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica cada vez mais complexa), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, são fatores que determinam a sua importância (Barcellos, 2014; Mendes e Barroso, 2014)). A importância da

comunicação na estrutura, processo e resultados dos cuidados de saúde é corroborada pela Joint Commission International Center for Patient Safety. Este organismo assevera que as perturbações ou falhas na comunicação entre e inter equipas estão na base da ocorrência do erro no diagnóstico e tratamento, na diminuição da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, nos danos potenciais para os doentes (WHO, 2007). A importância da comunicação no trabalho de uma equipa interdisciplinar é determinante na qualidade da prestação de cuidados de saúde (Nogueira e Rodrigues, 2015), afetando positivamente a segurança e o resultado do tratamento (Babiker, 2014). À equipa são exigidas estratégias de interação afetivas e habilidades práticas tornando-se excepcional e fiel ao objetivo comum: qualidade na comunicação e segurança do doente (Babiker, 2014). Inferimos, assim, que a garantia da segurança do doente exige um empenho mútuo de todos os atores envolvidos, sem trabalho em equipa dificilmente esta consegue ser mantida. A desfragmentação das equipas exacerba as dificuldades e todos os mecanismos implementados para melhorar a comunicação passam a ser menos efetivos. Apesar de ser muitas vezes depreciada, a importância do trabalho em equipa é cada vez mais evidente. Uma comunicação ineficaz é legitimada como um fator que contribui para a insegurança dos cuidados prestados aos utentes nos hospitais. No âmbito dos cuidados de saúde podemos considerar a comunicação no momento específico de passagem de turno e a comunicação mais alargada inter e intra equipas (Santos et al. 2010). Um dos momentos cruciais da comunicação entre os profissionais acontece na passagem de turno, definida pela TeamSteps: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety cit. in Santos et al., (2010) como a transferência de informação, autoridade e responsabilidade que ocorre no continuum dos cuidados aos doentes nos momentos de transição e que inclui a oportunidade de se levantarem questões, clarificarem e confirmarem situações. A passagem de turno é considerada como um momento de alto risco sendo, por isso, fundamental existir um processo normatizado, deve ocorrer num local determinado e adequado e num horário predefinido. Os profissionais envolvidos neste processo devem estar disponíveis pelo tempo necessário para a transmissão de informações pertinentes. Além da troca verbal é fundamental o registo dos itens mais relevantes referentes ao plano de cuidados (Barcelos, 2014). A passagem de turno é um momento importante de interação que implica um processo de comunicação entre os profissionais. A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adaptados e as características dos vários cuidadores têm impacto na efetividade e eficiência do processo e, por consequência, na segurança do doente. Recentemente a União Europeia desenvolveu um projeto de larga escala que apurou que os erros na comunicação durante a passagem de turno são responsáveis por cerca de 25% a 40% de eventos adversos. Estes resultados evidenciam a

importância do procedimento e sugerem a pertinência da avaliação sistematizada dos erros de comunicação que ocorrem durante a passagem de turno. Uma pesquisa internacional sobre esta temática identificou os seguintes problemas:

- Falta de uma estrutura sistematizada que determina falhas na passagem da informação;
- Falta de informação adequada sobre o que foi e será feito ao paciente;
- Excesso de confiança na memória sem a referência a documentos escritos;
- Falta de envolvimento dos pacientes;
- Baixa qualidade de registos médicos;
- Demasiados profissionais envolvidos na continuidade de cuidados aos pacientes.

O acumular de evidências levou a Organização Mundial de Saúde a identificar a melhoria da comunicação na passagem de turno como uma das 5 principais medidas para a segurança dos pacientes (Eggins & Slade, 2015).

Os novos contextos da prestação de cuidados de saúde exigem uma grande interação entre os diversos grupos profissionais e a colaboração dos mesmos em microssistemas ao nível dos mais variados departamentos das instituições. Nesta conjuntura o trabalho de equipa assume-se como um dos principais fatores que afetam a qualidade dos cuidados prestados (Santos et al. 2010). A evidência associa os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde á diminuição da qualidade dos cuidados e a mortes, por erros médicos, que poderiam ter sido evitadas (Santos et al. 2010 & Barcelos, 2014). A cultura de segurança deve ser veiculada por uma comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, aprendizagem contínua, notificação de eventos adversos assegurando-se, por esta via a primazia da segurança em todos os níveis da organização (WHO, 2009 cit. in Reis, 2014).

2 Segurança em Saúde

A segurança do doente é o paradigma do século XXI e uma das prioridades do profissional de saúde, sendo um campo recente na gestão em saúde, investigação e práticas clínicas. Nas últimas duas a três décadas a qualidade tornou-se uma preocupação para os diversos sistemas de saúde. Os países anglo-saxónicos foram designados para a liderar o processo de a definir, calcular, gerir, comunicar e melhorar (Carneiro,2010). A Organização Mundial de Saúde define a segurança do doente como redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associada aos cuidados de saúde (Costa, 2014; Antunes, 2015). Este mínimo aceitável corresponde a uma “noção coletiva do conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (Antunes, 2015). Em 2004 esta organização criou a World Alliance for Patient Safety para liderar os programas de segurança a nível internacional. Neste contexto foram desenvolvidas políticas mundiais que se propõem melhorar a qualidade dos cuidados em saúde (Marchon, 2014). O principal objetivo é a implementação de uma cultura de segurança que minimize, previna e controle o risco (Silva, 2014). Com o intuito de uniformizar as práticas definiu conceitos e orientações para facilitar e promover a aprendizagem dos mesmos, em todas as unidades de saúde (Pimenta, 2013). Deste programa, a que foram submetidas diferentes áreas, nas quais se destaca a segurança do doente, imergiu a *Classificação Internacional de Segurança do Paciente*. No âmbito desta classificação incidente é toda a circunstância ou evento adverso que resultou ou pode resultar em dano desnecessário para o doente. Em 2006, a *Comissão Europeia de Segurança do Paciente* destacou a necessidade de considerar a segurança do paciente como um critério de qualidade nos cuidados de saúde, desde a promoção de saúde até ao tratamento da doença. Partindo da premissa que os cuidados hospitalares são mais complexos o foco das investigações e as decisões delas consequentes decorrem essencialmente desta área do cuidar. Corroborando este novo paradigma em 2012 a OMS criou um grupo para o estudo exclusivo de questões relacionadas com a segurança em saúde que tem por desígnio fortalecer o conhecimento já adquirido sobre os riscos dos utentes nos cuidados de saúde primários, avaliando a magnitude e natureza dos eventos adversos resultantes de práticas inseguras (Marchon, 2014).

O desenvolvimento de um sistema que garanta a segurança do doente é tarefa complexa e difícil que necessita de considerar inúmeras variáveis. A qualidade da informação, a tecnologia disponível, a qualidade do próprio profissional de saúde bem como do seu grupo de trabalho, o regulamento e manual de boas práticas pelo qual se regem são

algumas das componentes não mensuráveis e determinantes para a criação deste sistema (Costa, 2014). Os Sistemas de Saúde adotados por cada país têm o desígnio de simplificar e promover um tratamento especializado e de excelência, neste âmbito é exigido aos decisores políticos que implementem medidas que visem o incremento da qualidade através de reformas na saúde e da exclusão de práticas inadequadas, inseguras e desnecessárias (WHO, 2007). A materialização do conceito *Segurança em Saúde* engloba um conjunto de valores aos quais no referimos como *Cultura de Segurança* (Antunes, 2015).

2.1 Cultura de segurança

O conceito *Cultura de Segurança* não é apanágio da saúde aliás, a sua génese está em *Organizações de Alta Confiabilidade* (OAC) que englobam um leque de áreas variadas e multidisciplinares como por exemplo as indústrias da aviação e energia nuclear (Reis, 2014). Este conceito, que se tornou sonante desde a catástrofe de Chernobyl, tem tido cada vez mais relevância no âmbito dos cuidados de saúde num percurso de procura, adaptação e reorganização idêntico ao realizado pela aviação civil que tem sido aliás um modelo exemplar (Pimenta, 2013, Fragata, Sousa, Santos, 2014).

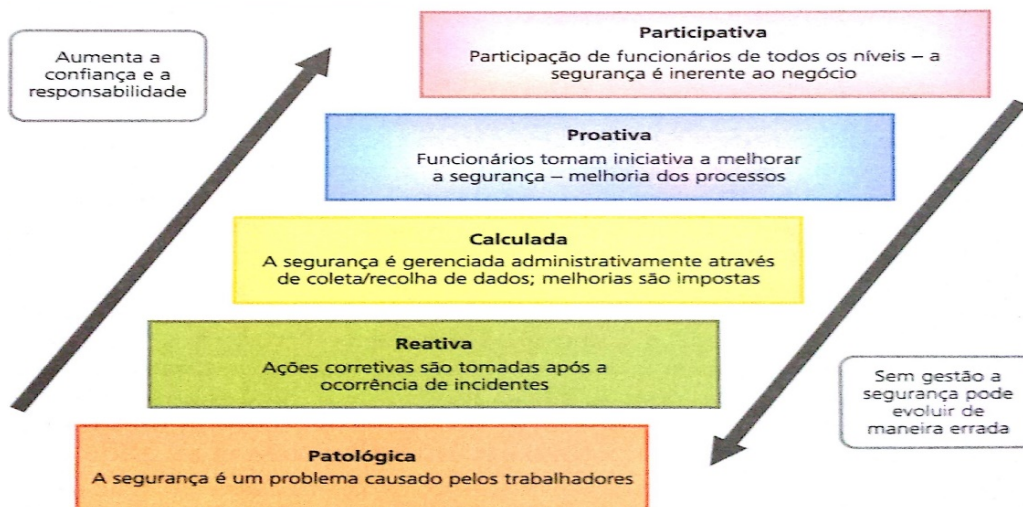
A cultura é concetualizada como um conjunto de crenças, atitudes e perceções que se traduzem em comportamentos de um aglomerado populacional. Assim, a cultura tem uma dimensão de grupo com interiorização e sabedoria individual de cada profissional (Costa, 2014). A avaliação contínua da cultura de segurança de cada organização é essencial para identificar áreas de risco, áreas a desenvolver, áreas em que é imperativo introduzir mudanças de comportamento dos profissionais. A avaliação das fragilidades permite a definição de estratégias que veiculem uniformidade na aquisição dos valores de segurança, promovendo a partilha como fundamento da prevenção de eventos adversos e da cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa). A OMS e o Conselho da União Europeia alertam os países para a perceção da cultura de segurança dos seus profissionais, estimulando a avaliação e educação dos mesmos através da introdução de novos conceitos e mudanças de comportamentos. (Costa, 2014). Portugal emitiu, em Dezembro de 2013, uma norma de *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*, norma 025/2013 por proposta do Departamento de Qualidade na Saúde. Em 2014, foi implementado um questionário para “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses” destinado a todos os profissionais e colaboradores de todas as unidades hospitalares do sistema de saúde, com uma periodicidade de aplicação de 2 anos.

Este questionário foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (DGS, 2015).

A implementação de uma cultura de segurança positiva facilita a minimização dos riscos reduzindo acidentes e prevenindo incidentes. Uma cultura de segurança sólida tem necessariamente de incluir a capacidade de se aprender com os erros, documentar os mesmos e melhorar a segurança do doente, promovendo a identificação de potenciais riscos, utilização de sistemas de comunicação e análise de ocorrências e o trabalho em equipa (Pimenta, 2013). Os profissionais de saúde devem ser estimulados a assumir a responsabilidade dos seus atos através de uma liderança proactiva na qual se potencializa os benefícios dos cuidados. A liderança é estabelecida com intuito de responsabilizar, sensibilizar e habilitar os líderes de modo a agirem em favor da segurança do doente (Costa, 2014).

A implementação da cultura de segurança na organização é gradual e apresenta diferentes graus de maturidade (Reis, 2014):

Figura 1 - Os 5 estágios de maturidade da cultura de segurança



Fonte: Reis (2014) adaptado de Hudson (2003)

A cultura de segurança de uma organização deve privilegiar três imperativos que se sustentam mutuamente: a confiança, o relato e a busca contínua da melhoria. Para que seja efetiva e alcance uma performance ideal deve:

- Reconhecer a natureza do alto-risco das atividades da organização e estar determinada a realizar as operações de uma forma consistentemente segura;

- Promover um ambiente livre de culpa, onde os indivíduos são capazes de notificar incidentes ou quase incidentes sem medo de serem punidos;
- Encorajar a colaboração entre os diversos níveis de prestação e disciplina na busca de soluções para os problemas de segurança do doente;
- Assumir compromisso organizacional relacionado com a disponibilização de recursos com o objetivo de dar resposta às condições de segurança; (AHRQ, 2013 sit in Reis 2014 pp.84)

Os permanentes avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, a progressiva evolução nos procedimentos, complexidade dos equipamentos diagnóstico e tratamento, bem como o desenvolvimento farmacológico traduzem-se numa maior e melhor oferta de cuidados assistenciais. No entanto a crescente utilização destes recursos trouxe às organizações hospitalares fatores acrescidos de risco para os doentes, familiares e profissionais de saúde (Ministério da saúde, 2010).

2.2 Erro clínico

Erro define-se como falha na execução de uma ação previamente planeada, assim como a utilização de um plano errado para atingir um determinado fim. Os comportamentos podem ser classificados em conscientes, aqueles que executamos com atenção, em automáticos, que fazemos inconscientemente, como falhas (slips) e erros (mistakes). As falhas consideram-se inconscientes e inesperadas e surgem na execução automática de uma tarefa, nomeadamente em situações de stress. Os erros resultam de decisões mal fundamentadas por falta de conhecimento técnico-científico e falta de prática/treino. Pode ocorrer devido à não formação da hipótese correta ou a uma interpretação incorreta da evidência ou à consciencialização de fatos antigos que são lembrados no contexto e por hipóteses determinadas. As falhas podem tornar-se a maior ameaça da segurança do paciente pois são comportamentos automáticos. É da persistência das falhas que decorrem os erros pois é uma ação que realizamos mecanicamente e inconscientemente (Carneiro, 2010).

As atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde têm natureza de elevado risco e são, por isso, suscetíveis de erro (Pimenta, 2013). Os sistemas/organizações confiáveis são os que operam em ambientes complexos onde a probabilidade de ocorrência e incidência de erros é significativa, mas, nos quais existem mecanismos que viabilizam a gestão dessa ocorrência pretendendo, desta forma, minimizar o seu impacto. É nesta

conjuntura que estão inseridas as organizações de saúde que pugnam o novo paradigma da segurança convém, no entanto, não esquecer que na área da saúde o risco zero é uma meta impossível de obter. Os resultados obtidos nas atividades médicas têm uma grande amplitude de variação que para uma situação com igual grau de complexidade pode variar vinte vezes consoante as organizações e a geografia (Fragata, Sousa, Santos, 2014). A elevada complexidade do ato nem sempre é valorizada pelas organizações daí que, das percentagens do erro apuradas mais de metade sejam preveníveis (Uva et al, 2010). As organizações sobrevalorizam o erro humano dando menos relevância a fatores organizacionais e sistémicos (Antunes, 2015). Os resultados em saúde são determinados por:

- Fatores da dificuldade da atividade (gravidade da doença ou complexidade do procedimento);
- Fatores relativos ao ambiente envolvente (condições locais, pressões e dotação de staff);
- Fatores de performance (individual, de equipa e da organização);
- Fatores aleatórios (variação não explicável).

A dificuldade no primeiro parâmetro representa um potencial para as complicações e para a morte e pode ser contornada pelo nível da performance. A correta gestão do risco inerente a todo ato clínico pode ajudar a obter melhorias da performance e melhores resultados. Pese embora esta premissa os erros e os eventos adversos resultantes, da ação humana direta e dos defeitos organizacionais a múltiplos níveis, não podem ser evitados em absoluto. Desta forma o desígnio dos profissionais, gestores e decisores políticos da área da saúde deve ser o claro compromisso com a segurança dos doentes, não esquecendo que é responsabilidade de todos, incluindo os utilizadores e os seus familiares, trabalhar em conjunto na procura de ações que visem prevenir ou minimizar o risco como forma de reduzir a ocorrência do erro e dos eventos adversos (Fragata, Sousa, Santos, 2014). Segundo dados do Harvard Medical Practice Study, nos EUA podem morrer 44.000 a 98.000 pacientes anualmente resultante de erros clínicos. Para tornar o número figurativo traduziram esta realidade para *Jumbo jet units*, ou seja, estas perdas seriam equivalentes a um avião Jumbo (Boeing 747) a despenhar-se diariamente na América. Esta metáfora reflete a perda de vidas, dando máxima importância à mortalidade em si, desviando a atenção só para um dos aspetos do problema. Os erros clínicos e eventos adversos são fonte importante de morbilidade, mortalidade e consumo de recursos devendo, por isso, ser avaliados com sistemas próprios e dedicados (Carneiro,2010). A Directorate-general of Health and Consumer Protection, avaliou a perceção dos utilizadores sobre o erro médico e

as suas implicações. Participaram 25 países da União Europeia, entre os quais Portugal, e os resultados inferem que 78% dos inquiridos considera o erro médico um “problema grave no seu país” e que 28% já viveu, diretamente ou num familiar próximo, consequências do erro de diagnóstico e ou de tratamento.

O profissional de saúde, através de uma abordagem multifacetada identifica o grau e gere o risco, potenciando a segurança do doente (Costa, 2014). O enfermeiro é elemento fundamental na gestão do risco pois é o elo de ligação entre todos os intervenientes, promovendo a qualidade da segurança do serviço prestado (Silva, 2014). A não culpabilização ou o desviar da responsabilização do profissional isoladamente foi a alteração verificada no pensamento do erro clínico – o médico que opera o órgão errado, a enfermeira que troca as medicações ou o farmacêutico que se engana na dosagem – designa-se abordagem sistemática ou *system thinking*. Os responsáveis pela área da segurança concluíram que a maior parte dos erros é culpa do profissional de saúde. Como toda a gente erra e como a culpabilização não resolve nem prevê casos futuros, a segurança depende da criação de sistemas de antecipação/prevenção do erro. O modelo mais utilizado para análise do erro é o modelo do *queijo suíço* de James Reason. Este defende que o erro que causa dano ao doente raramente está isolado, remetendo para segundo plano a culpa ao profissional de saúde. A análise da causa do erro concentra-se no aspeto da instituição, no de organização e gestão, do grupo de trabalho, da tarefa e das características do doente. É na combinação das duas abordagens, o comportamento do profissional de saúde (abordagem sistémica) e os fatores envolventes que resulta o sucesso da gestão do erro clínico (Carneiro, 2010). Este enquadramento despoletou a necessidade de se criarem organismos de acreditação/certificação que pretendem avaliar as organizações de saúde para determinar se estas conglomeram um conjunto de padrões construídos e implementados com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados. Do leque dos estudos que avaliam o valor e o impacto da acreditação nas organizações destacamos:

- Fornecer uma estrutura que ajuda a criar e implementar sistemas e processos que melhoram a eficácia e promovem a obtenção de resultados positivos;
- Reforçar a eficácia da equipa interdisciplinar;
- Demonstrar credibilidade e compromisso com a qualidade e a responsabilização;
- Reduzir o risco de eventos adversos;
- Permitir uma autoanálise contínua do desempenho com base nos padrões instituídos;

- Garantir um nível aceitável de qualidade entre os prestadores de cuidados de saúde;
- Diminuir as variações na prática entre os prestadores de cuidados e os tomadores de decisões;
- Estimular esforços de melhoria da qualidade sustentável e, continuamente, elevar o limiar no que diz respeito a iniciativas políticas e processos da melhoria da qualidade;
- Promover uma cultura de qualidade e segurança.

Embora exista negligência em todos os sistemas, o problema da segurança passa por profissionais competentes a trabalhar em subsistemas caóticos e desorganizados, sem estarem sensibilizados para a questão da segurança nem para as falhas individuais (Carneiro, 2010).

PARTE II – Investigação Empírica

1 Metodologia

O capítulo que agora iniciamos descreve e apresenta o percurso metodológico adotado. Expomos o conjunto de procedimentos metodológicos, ferramentas que entendemos necessárias e facilitadoras na busca da solução às questões de investigação que formulámos, com base nas reflexões que a temática nos suscitou.

1.1 Métodos

A segurança do doente é o paradigma do século XXI, detém um carácter multidimensional e multidisciplinar que exige abordagens sistémicas e integradas que viabilizem a consecução de planos de melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a garantia da segurança dos doentes nas organizações de saúde.

Os eventos adversos são reconhecidos pela OMS como a maior causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo. Embora as estimativas sejam vagas são assumidas as fragilidades na qualidade e segurança dos cuidados de saúde. (OMS, 2008).

Um estudo de 1999, publicado pelo Institut of Medicine, estima que nos Estados Unidos morreriam anualmente entre 44 a 98 mil indivíduos em consequência de erros dos cuidados de saúde que receberam, um número comparável à queda diária de um boing 747 e superior à mortalidade decorrente do VIH-Sida, do cancro da mama ou dos acidentes de viação.

A Directorate-general of Health and Consumer Protection, avaliou a percepção dos utilizadores sobre o erro médico e as suas implicações. Participaram 25 países da união Europeia, entre os quais Portugal, e os resultados inferem que 78% dos inquiridos considera o erro médico um “problema grave no seu país” e que 28% já viveu, diretamente ou num familiar próximo, conseqüências do erro de diagnóstico e ou de tratamento.

Um conjunto alargado de investigações sobre prevalência do erro nos cuidados de saúde, estima que entre 3 a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados (Santos, 2010). Em Portugal os dados disponíveis sobre esta importante problemática são ainda mais escassos, no entanto, se considerarmos que os hospitais portugueses têm a mesma fiabilidade dos seus congéneres americanos, será possível estimar entre 1.300 a 2.900 mortes anuais em consequência de erros cometidos pela prestação de cuidados de saúde (Mendes e Barroso, 2014). Se associarmos a estes números os casos de morbidade decorrentes do mesmo facto, temos a noção exata de que

estamos perante uma realidade assustadora que requer uma atenção multidimensional e pluridisciplinar imediata, orientada pela investigação que permita identificar os problemas e desafios inerentes à segurança do doente e estudar as soluções adequadas.

A conceptualização internacional da segurança do doente proclama a redução, dos danos desnecessários a um mínimo aceitável. Este mínimo aceitável refere-se à noção coletiva do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. A elaboração de programas assertivos e congruentes de Qualidade em Saúde e Segurança do Utente impõe esta abordagem pluridimensional e integrada.

A ocorrência do erro é um fenómeno adverso que, de uma ou de outra forma afeta, todos os elos desta cadeia nomeadamente os profissionais, elementos operacionais da prestação de cuidados (Antunes, 2015). A mudança permanente das conjunturas de trabalho (aumento da esperança média de vida, doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica cada vez mais complexa), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional (Mendes e Barroso, 2014).

A evidência remete-nos para a inevitabilidade da implementação de uma *Cultura de Segurança*, que reflete o comprometimento dos profissionais de uma organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e que terá como consequência desejável, e esperada, a mudança de comportamentos influenciando, desta forma, os resultados, ou seja, a garantia de cuidados seguros ao cidadão (Reis, 2014).

A *Cultura de Segurança* deve ser um elemento integrante e indissociável dos programas de qualidade, define-se como a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, oportunos e equitativos (Pimenta, 2013). Deve ser veiculada por uma comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, aprendizagem contínua, notificação de eventos adversos assegurando-se, por esta via a primazia da segurança em todos os níveis da organização (WHO, 2009 cit. in Reis, 2014).

A importância da comunicação na área da saúde tem vindo a ser alvo de vários estudos ao longo das últimas décadas, a OMS evidencia-a como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos et. all, 2010). A Joint Commission International Center for Patient Safety no documento “Nine Life-saving Patient Solutions” assume que as perturbações ou falhas na comunicação entre e inter equipas podem estar na base da ocorrência do erro no diagnóstico e tratamento, da diminuição da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, dos danos potenciais para os doentes (WHO, 2007).

A importância da comunicação no trabalho de uma equipa interdisciplinar é determinante na qualidade da prestação de cuidados de saúde (Nogueira e Rodrigues, 2015), afetando positivamente a segurança e o resultado do tratamento (Babiker, 2014). Na profissão de enfermagem comunicar é o cerne da boa prática clínica, é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro que viabiliza a possibilidade de conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção que tem do mundo (Phaneuf, 2005). As relações que se estabelecem, com o doente ou com a família, advêm da capacidade de comunicação do enfermeiro e de toda a equipa multidisciplinar que com ele atua. É através dela que se cria um entendimento entre quem emite e quem recebe a informação, sendo parte determinante da profissão e a primazia para a edificação de uma sólida relação de confiança (Pereira, 2008).

Os Sistemas de Saúde adotados por cada país têm o desígnio de simplificar e promover um tratamento especializado e de excelência, neste âmbito é exigido aos decisores políticos que implementem medidas que visem o incremento da qualidade através de reformas na saúde e da exclusão de práticas inadequadas, inseguras e desnecessárias (WHO, 2007).

Refletir esta problemática complexa obrigou-nos a colocar uma série de questões que viabilizaram a edificação do nosso problema de investigação que consubstanciamos da seguinte forma: “Qual a perceção dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados?”

Na prossecução da questão pivô formulada ainda surgem como questões complementares (ii) Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as competências de comunicação dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na segurança dos utentes? (iii) Qual o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na cultura de segurança dos cuidados?

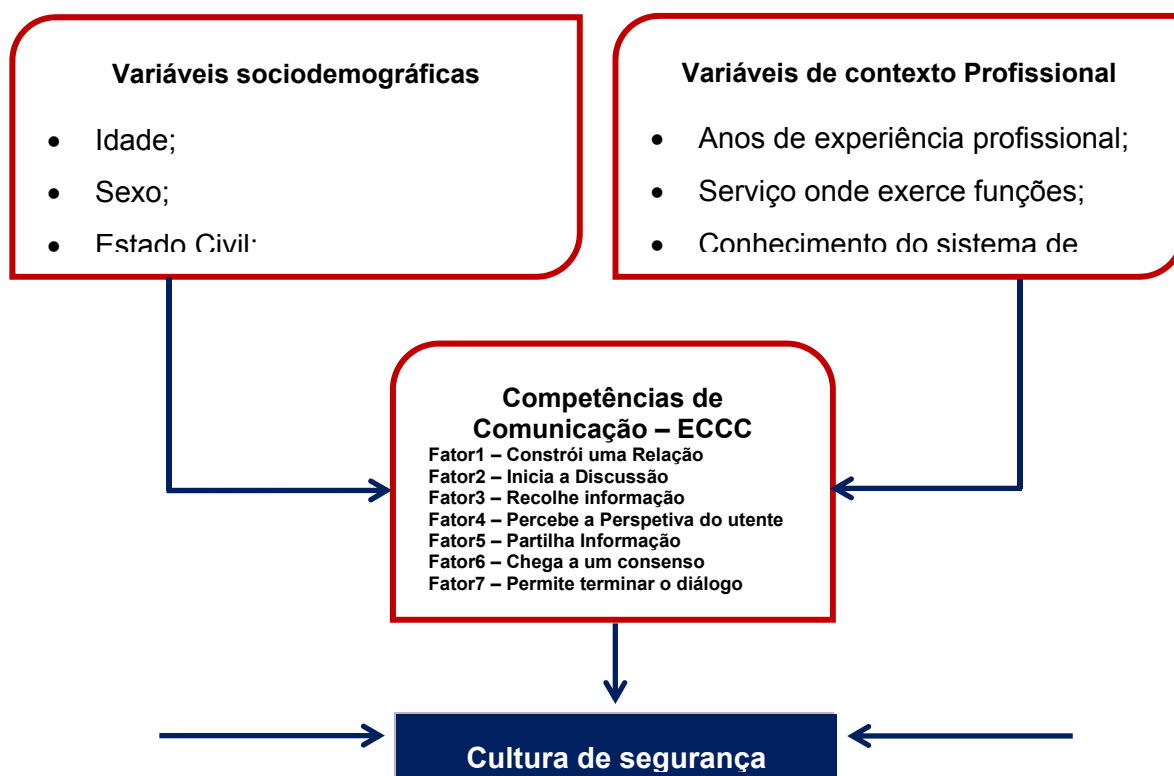
Para dar resposta às interrogações formuladas delineámos os seguintes objetivos: (i) Analisar a perceção dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados. (ii) Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos, sobre comunicação, dos enfermeiros, do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais (iii) Analisar o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais, na cultura de segurança dos cuidados?

O estudo que desenvolvemos nesta investigação obedece a um conjunto de pressupostos. Efetivamente segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação; enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis em estudo; é um estudo transversal na medida em que mede a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema na amostra num período temporal bem delimitado; é ainda um estudo analítico, descritivo e correlacional uma vez que o seu objetivo, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, é analisar e explicar a relação entre as mesmas.

Foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas, repositórios científicos, livros, periódicos, artigos de revistas científicas, tendo como fio condutor a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados.

Durante a pesquisa, a existência de vários estudos científicos sobre a temática da comunicação bem como sobre a segurança dos doentes demonstram a importância da temática. Contudo são diminutos aqueles que relacionam ambas as temáticas. A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo está desenhada num modelo de representação esquemática (cf. fig. 2).

Figura 2 - Esquema conceptual do estudo



1.2 Participantes

A continuação deste estudo foi assegurada com base numa amostra não probabilística por conveniência pela impossibilidade de inclusão de todos os enfermeiros da região de Lisboa e Vale do Tejo, é constituída por enfermeiros do Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais. O total da amostra é de 138 enfermeiros distribuídos pelos diferentes serviços do hospital distribuídos da seguinte forma: 21 enfermeiros do Bloco Operatório, 30 enfermeiros do Serviço de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas, 2 enfermeiros do Hospital de Dia Cirúrgico, 17 enfermeiros do Serviço de Medicina, 8 enfermeiros do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, 2 enfermeiros do Serviço de Pediatria, 32 enfermeiros do Serviço de Urgência Geral e 26 enfermeiros da UCIP – UCI. Dos 400 exemplares do instrumento de colheita de dados distribuídos pelos diferentes serviços do hospital, apenas 138 foram válidos, sendo a taxa de resposta obtida de 34.5%. A margem de erro corrigido, cometido para uma população finita de 400 enfermeiros é de 6.76 para um nível de significância de 95%.

1.2.1 Caracterização sociodemográfica

Idade

A amostra em estudo é maioritariamente feminina com idades compreendidas entre os 22 e os 57 anos a que corresponde a uma média de 32.51 anos e um desvio padrão de 7.95. O coeficiente de variação de 24,47% indicia uma dispersão moderada e, os valores de simetria e Kurtosis indicam uma curva leptocúrtica, com enviesamento à esquerda. Analisando os resultados da idade em função do sexo observamos que no sexo masculino a idade varia entre os 23 e os 53 anos, com uma média de 32.61 anos (± 7.17), oscilando no sexo feminino entre os 22 anos e os 57 anos a que corresponde uma média de 32.48 anos (± 8.20). Os valores de assimetria e curtose indicam que a idade apresenta curvas normocúrticas para ambos os sexos e globalidade da amostra, mas enviesadas á esquerda. Por outro lado, o teste de UMW revela-nos que não existe relação estatística com o sexo ($z = -0.491$; $p = 0.624$).

Tabela 1 - Estatística relativa a idade em função do sexo dos enfermeiros

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	D.Padrão	CV%	SK/erro	K/erro	KS
Feminino	107	22	57	32.48	8.203	25.25	4.95	1.57	0.000
Masculino	31	23	53	32.61	7.173	21.99	2.93	1.82	0.015
Total	138	22	57	32.51	7.958	24.47	5.65	1.99	0.000

Procedemos ao agrupamento da idade em dois grupos distintos: ≤ 30 anos; >30 anos. A análise da tabela 2 indica que 50% da amostra se localiza no grupo ≤ 30 anos, desses 50.5% são do sexo feminino e 48.4% do sexo masculino. A maioria dos indivíduos do sexo masculino tem idade >30 anos (51.6%) ao invés, a maioria dos indivíduos do sexo feminino tem idade ≤ 30 (50.5%). Os resultados do teste de χ^2 , indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.042$; $p = 1.000$), resultado consolidado pelos resíduos ajustados. O valor do coeficiente de contingência, 0.017, revela uma associação fraca entre as variáveis.

Estado civil

Quando analisamos o estado civil aferimos que 52.9% são solteiros/divorciados e 47.1% casados. Analisando os resultados em função do sexo, registam-se que a maioria dos indivíduos do sexo feminino são solteiros (54.2%) ao invés, a maioria dos indivíduos do sexo masculino são casados com 51.6%. Os valores que decorrem da aplicação do teste de qui quadrado indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.383$; $p = 0.826$) o que é comprovado pelos resíduos ajustados.

O valor do coeficiente de contingência (0.017) denota uma associação fraca entre as variáveis. Face ao exposto aceita-se a hipótese de H_0 , ou seja, as variáveis em estudo são independentes.

Habilitações Literárias

Os resultados que se apresentam na tabela 2 indicam que 94.9% da amostra possui a licenciatura em enfermagem e apenas 5.6% detém o grau de mestre. Numa análise aos resultados em função do sexo observamos que em ambos a quase totalidade dos participantes são licenciados, com um percentual de 94.4% para o sexo feminino e de 96.8% para o sexo masculino. Os resultados do teste de qui quadrado indicam que não existem diferenças significativas ($\chi^2 = 0.327$; $p = 0.595$) o que é atestado pelos resíduos

ajustados. O valor do coeficiente de contingência, 0.017, revela uma associação fraca entre as variáveis.

Tabela 2– Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		R.Ajustados		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Mas.				
Idade												
≤30	54	50.5	15	48.4	69	50.0	0.2	-0.2	0.042	1.000		
>30	53	49.5	16	51.6	69	50.0	-0.2	0.2				
Estado civil												
Solteiro/Divorciado	58	54.2	15	48.4	73	52.9	0.6	-0.6	0.327	0.568		
Casado	49	45.8	16	51.6	65	47.1	-0.6	0.6				
Habilit. literárias												
Licenciatura	101	94.4	30	96.8	131	94.9	-0.5	0.5	0.283	0.595		
Mestrado	6	5.6	1	3.2	7	5.1	0.5	-0.5				

A caracterização sociodemográfica da amostra apresenta um Enfermeiro com uma idade média de 32.5 anos, licenciado (94.9%) e com o estado civil de Solteiro/Divorciado (52.9%)

1.3 Instrumento de recolha de dados

Definido o problema, as variáveis, os objetivos, o tipo de estudo e selecionada a amostra foi necessário construir um instrumento apropriado para a colheita dos dados. Da estrutura do instrumento constam:

- Um questionário add hoc destinado à caracterização da amostra que inclui, as variáveis sociodemográficas e as variáveis de contexto profissional;
- Duas escalas: Escala **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais** (Eiras, 2011), e a Escala de **Competências de Comunicação Clínica** (ECCC) validada por Ferreira; Silva & Duarte (2016);
- Questão para avaliação das competências de comunicação clínica.

O protocolo usado foi de aplicação direta, ou seja, foi fornecido pelo investigador ao inquirido para que o próprio respondesse às questões colocadas.

1.3.1 Dados sociodemográficos e profissionais

O questionário de dados sociodemográficos e profissionais é composto por oito questões que pretendem obter dados referentes às variáveis: sexo, idade, estado civil,

habilitações académicas, anos de experiência profissional; serviço/unidade em que presta funções; existência de uma estrutura/equipe/departamento que implemente uma política de qualidade dos cuidados de saúde; avaliação de conhecimento de algum sistema institucional para notificação de incidentes e eventos.

1.3.2 Escala de competências de comunicação clínica

As competências comunicacionais estão associadas a uma melhor satisfação dos utentes, melhores resultados em saúde e a uma melhor adesão ao tratamento. A construção da escala de competências de comunicação clínicas resultou da necessidade de se encontrar um consenso relativo aos elementos essenciais à comunicação entre os profissionais / utentes.

A escala por nós adaptada é constituída por 7 fatores correspondentes aos sete elementos essenciais à comunicação:

1. Constrói uma Relação;
2. Inicia a Discussão;
3. Recolhe informação;
4. Percebe a Perspetiva do utente;
5. Partilha Informação;
6. Chega a um consenso;
7. Permite terminar o diálogo;

É uma escala tipo likert graduada em cinco níveis para os seus 24 itens: Pobre (1); Razoável (2); Bom (3); Muito Bom (4); Excelente (5). A resposta a todos os itens é somada de moda a obtermos um valor global de competências comunicacionais. Quanto maior for o valor obtido melhores são as competências de comunicação.

Avaliamos algumas das propriedades métricas através de estudos de validade e de fiabilidade. A estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens são as formas mais conhecidas de expressar a fiabilidade de um instrumento.

Neste estudo apenas determinamos a consistência interna dos itens através dos seguintes procedimentos: (i) Determinação do poder discriminativo - obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global; (ii) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach (iii) Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em

dois grupos e procura comprovar se a correlação de uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade.

Os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1 sendo que será tanto melhor quanto mais elevado. São considerados como valores de referência: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável (Pestana & Gageiro, 2014).

No que respeita à validade, encontramos na literatura três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo englobando esta as anteriormente referidas. Neste estudo efetuamos a validade do constructo através de uma abordagem estatística usando a análise fatorial confirmatória (AFC) através do *software* AMOS 23 (*Analysis of Moment Structures*). Considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Na análise do modelo fatorial) usamos como indicadores de qualidade de ajustamento global: a **Razão** entre *qui quadrado* e graus de liberdade (χ^2/gl). Valores inferiores a 5 são considerados bons; o **Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - Goodness-of-Fit Index)**; o **CFI (Comparative Fit Index)**. **Para ambos os indicadores os valores de referencia são superiores a 0,90**; a **Raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation)**; o **Root mean square residual (RMR)** e o **Standardized root mean square residual (SRMR)**. Nestes índices, valores inferiores a 0,08 são, geralmente, considerados como um bom ajuste.

Também a qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pelos pesos fatoriais (λ) e pela fiabilidade individual dos itens (r^2). Os valores de referencia para as cargas fatoriais são de 0,50 e da fiabilidade individual 0,25:

Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores. A primeira estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Uma $FC \geq 0,70$ é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores.

A variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, Como valores de referência é usual considerar valores de $VEM \geq 0,50$, como indicadores de validade convergente adequada.

A tabela 3 aporta as estatísticas os índices de correlação item total e os alfas de Cronbach dos 24 itens que constituem a escala. Pelas estatísticas afere-se que todos os

itens se encontram bem centrados na medida em que os índices médios se situam acima do valor esperado, oscilando entre 3.07 no item 6 “Explica e / ou negocia uma agenda para a visita” e 3.91 no item 1 “Cumprimenta e mostra interesse no utente como pessoa”.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, encontramos valores correlacionais situados entre ($r= 0.540$) no item 1 o que explica cerca de 29,0% e de ($r=0.779$) no item 16 - “Verifica se há compreensão mútua dos planos de diagnóstico e / ou tratamento” com uma variabilidade de 60.0%

Relativamente aos coeficientes de alfa de Cronbach os índices obtidos podem classificar-se de muito bons situando-se acima de 0.950 para todos os itens com um alfa global de 0.956. O coeficiente de bipartição revela congruência entre a primeira (alfa= 0.909) e a segunda metade (alfa= 0.933).

Tabela 3 - Consistência Interna da escala de competências de comunicação clínica

N.º Item	Itens	Média	Dp	r item/total	α sem item
1	Cumprimenta e mostra interesse no utente como pessoa	3,91	,714	,540	,955
2	Usa palavras que mostram o cuidado e preocupação ao longo da entrevista	3,82	,653	,545	,955
3	Utiliza o tom, ritmo, contato visual e postura que demonstra cuidado e preocupação	3,62	,707	,663	,954
4	Permite ao utente completar a declaração de abertura, sem interrupção	3,45	,811	,686	,954
5	Pergunta "Há mais alguma coisa?" para explicitar o conjunto completo de preocupações	3,52	,785	,688	,954
6	Explica e / ou negocia uma agenda para a visita	3,07	,893	,657	,954
7	Inicia a história do utente, usando perguntas abertas (por exemplo, "diga-me sobre...")	3,22	,855	,666	,954
8	Esclarece detalhes quanto necessário, com perguntas mais específicas ou de "sim / não"	3,61	,609	,699	,954
9	Resume e dá oportunidade ao utente para corrigir ou adicionar informações	3,62	,737	,665	,954
10	Faz a transição, de forma eficaz, para perguntas adicionais	3,49	,697	,699	,954
11	Solicita sobre eventos de vida, as circunstâncias, as outras pessoas que possam afetar a sua saúde	3,43	,801	,552	,955
12	Esclarece as crenças, preocupações e expectativas do utente sobre a doença e tratamento	3,42	,762	,685	,954
13	Responde de forma explícita às declarações do utente sobre as suas ideias e sentimentos	3,52	,757	,664	,954
14	Avalia a compreensão do utente do problema e o seu desejo de mais informação	3,55	,705	,742	,953
15	Explica usando palavras que o p utente pode entender	3,86	,686	,619	,954
16	Verifica se há compreensão mútua dos planos de diagnóstico e / ou tratamento	3,57	,754	,779	,953
17	Solicita se o utente tem mais perguntas	3,70	,798	,708	,953
18	Inclui o utente em escolhas e decisões, na medida em que ele / ela deseja	3,51	,804	,668	,954
19	Solicita sobre a capacidade dos utentes seguirem os planos de diagnóstico e / ou tratamento	3,38	,758	,697	,953
20	Identifica recursos e apoios adicionais, conforme o caso	3,44	,755	,703	,953
21	Pergunta se o utente tem dúvidas, preocupações ou outros problemas	3,67	,775	,722	,953
22	Resume / pede ao utente para resumir o plano até próxima visita	3,08	,846	,671	,954
23	Discute / esclarece o acompanhamento ou contactos	3,50	,757	,703	,953
24	Reconhece o paciente e encerra a entrevista	3,51	,757	,748	,953

Foi testada a solução tetrafatorial com o auxílio da análise fatorial confirmatória. Determinadas as estatísticas verificamos que todos os itens apresentam valores de assimetria (<3) e kurtose (<7) dentro dos valores de referência variando em valores absolutos para a assimetria entre 0.171 e 0.713 e para a kurtose entre 0.035 e 1.407, com o coeficiente multivariado de média de 6.014 ligeiramente acima do recomendado (5.0). As trajetórias entre as variáveis manifestas e as variáveis latentes, apresentava rácios críticos estatisticamente significativos com pesos fatoriais lambda a situarem-se em todos os fatores acima de 0.50.

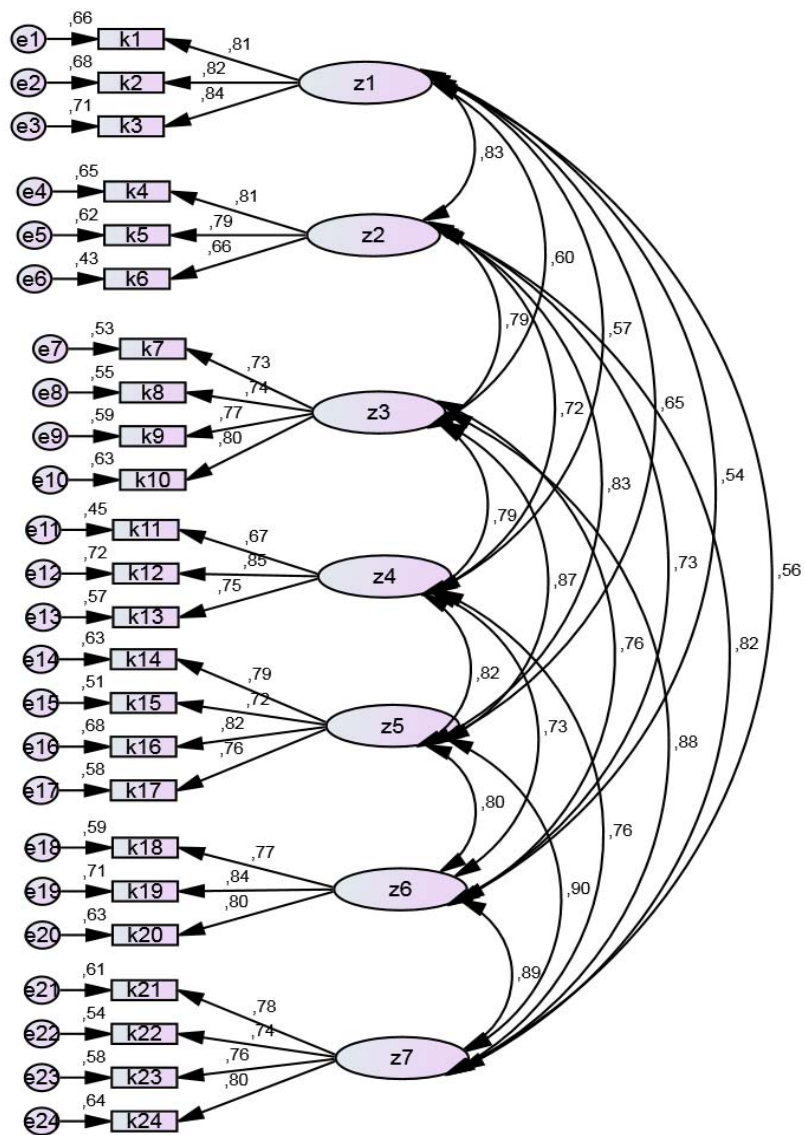
Tabela 4 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda

Trajetórias			C.R.	P	λ
k1	<---	z1			,814
k2	<---	z1	11,032	***	,823
k3	<---	z1	8,440	***	,841
k4	<---	z2			,805
k5	<---	z2	9,821	***	,786
k6	<---	z2	7,790	***	,659
k7	<---	z3			,731
k8	<---	z3	8,419	***	,739
k9	<---	z3	8,146	***	,766
k10	<---	z3	8,551	***	,796
k11	<---	z4			,671
k12	<---	z4	8,471	***	,846
k13	<---	z4	6,366	***	,753
k14	<---	z5			,792
k15	<---	z5	8,861	***	,717
k16	<---	z5	10,264	***	,823
k17	<---	z5	9,337	***	,759
k18	<---	z6			,767
k19	<---	z6	10,241	***	,843
k20	<---	z6	9,115	***	,796
k21	<---	z7			,781
k22	<---	z7	8,991	***	,737
k23	<---	z7	9,341	***	,761
k24	<---	z7	9,909	***	,801

Ilustra-se na figura 3 as cargas fatoriais a fiabilidade individual dos indicadores e os índices correlacionais estabelecidos entre os fatores. Como se observa as saturações dos itens com o fator a que pertencem são conforme já referimos superiores a 0.50 e a fiabilidade nos mesmos indicadores é superior a 0.25.

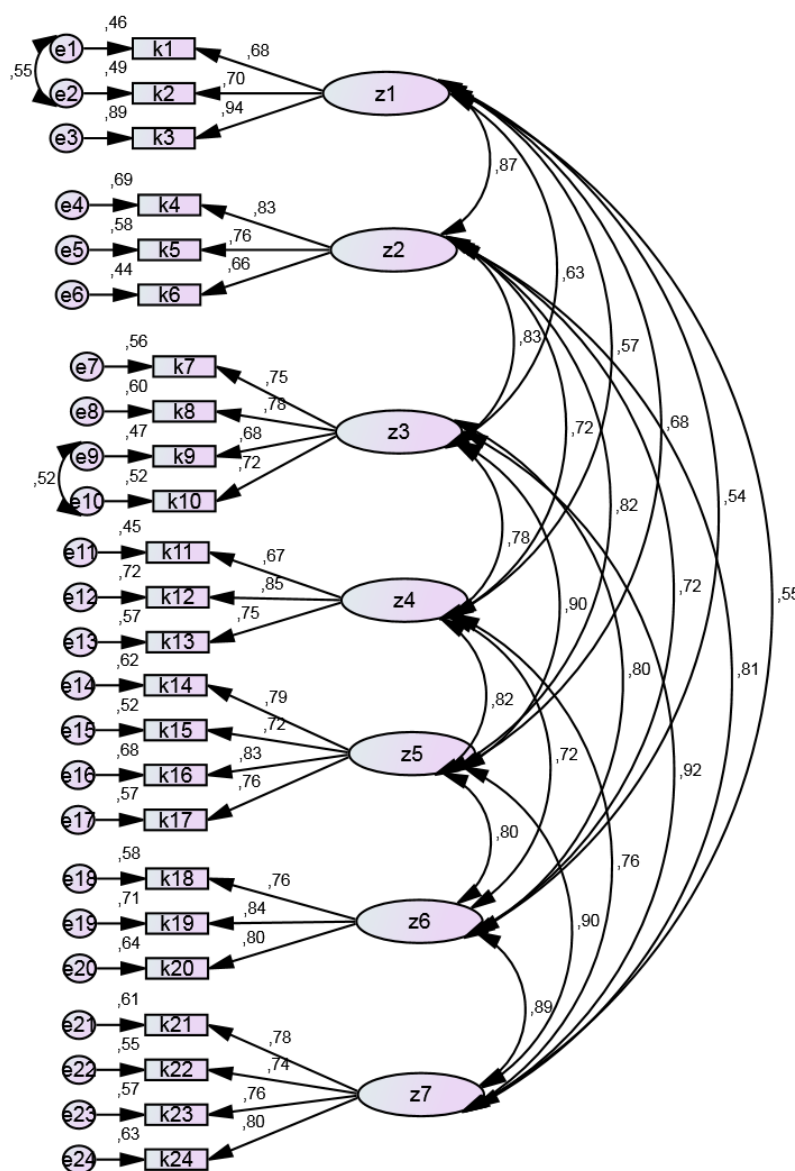
Quanto aos índices de bondade de ajustamento global na primeira avaliação verificou-se que os índices apresentavam um ajuste satisfatório para o: $\chi^2/g.l. = 2.491$; RMR=0.036 e SRMR= 0.061 e pouco adequado para o GFI = 0.756; CFI = 0,851 e RMSEA = 0,104.

Figura 3 - Cargas fatoriais do modelo heptafatorial



A figura 4 traduz o modelo refinado com os índices de modificação propostos pelo AMOS. Apuramos que apenas se associavam os erros 1 e 2 do fator 1 e 9 e 10 do fator 3. Os resultados obtidos com os índices de ajustamento global são indicadores de um modelo ajustado com valores de $\chi^2/g.l. = 2.216$; RMR= 0.035 e SRMR=0.058. e pouco adequado para GFI = 0.783; CFI = 0,879 e RMSEA = 0,094.

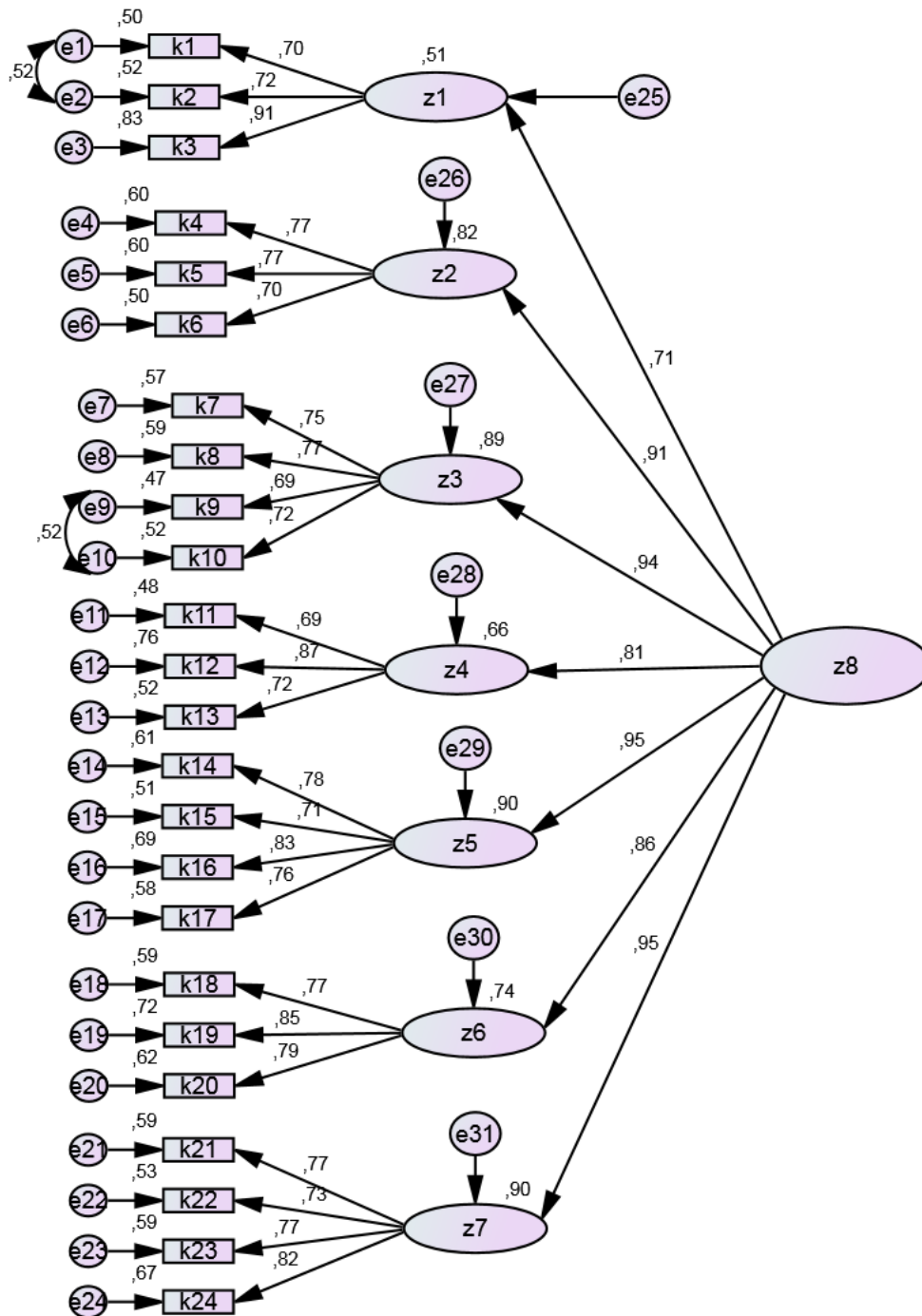
Figura 4 - Modelo refinado



Considerando que todos os fatores apresentam valores correlacionais elevados pressupomos que estas correlações sugerem a existência de um fator de 2ª ordem. Assim, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que designámos por “Escala de competências de comunicação clínica”. A Figura 5 ilustra o modelo respetivo. Neste

modelo, os valores de qualidade de ajustamento global mantêm-se com ligeiras diferenças face aos valores acima referidos.

Figura 5 - Estrutura hierárquica de segunda ordem



A tabela 5 apresenta em síntese os índices de bondade do ajustamento do modelo. Como já apresentado anteriormente notamos que os índices configuram bom ajustamento

do modelo em relação à razão do qui quadrado com os graus de liberdade (χ^2/gf), **RMR** e **SRMR**, sofrível para o **RMSEA** e pouco adequado para **GFI** e **CFI**.

Tabela 5 - Índices de bondade de ajustamento global

Modelo	χ^2/gf	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	2.491	0.756	0.851	0.104	0.036	0.061
Modelo com índices de modificação figura 2	2.216	0.783	0.879	0.094	0.035	0.058
Modelo final figura 3	2.314	0.767	0.862	0.098	0.037	0.063

Analisando os resultados relativos à fiabilidade compósita (FC) que se apresentam na tabela 6 apuramos que todas as subescalas em estudo apresentam boa consistência interna com índices acima de 0.70 (valor de referência) e com um bom alfa estratificado ($\alpha=0.971$). A variância extraída média (VEM) que é o indicador de validade convergente revela-nos a existência de boa validade por ostentar valores acima de 0.50 com uma VEM para a escala global de 0.588. Quanto à validade discriminante aferimos que entre os valores 1vs2, 2vs3, 2vs5, 2vs7, 3vs4, 3vs5, 3vs6, 3vs7, e 4vs5 não registam validade discriminante por os valores correlacionais elevados ao quadrado se apresentarem superiores aos valores da VEM.

Tabela 6 - Fiabilidade compósita e variância extraída média

Fatores	FC	VEM
Fator1 – Constrói uma Relação	0.821	0.611
Fator2 – Inicia a Discussão	0.795	0.567
Fator3 – Recolhe informação	0.821	0.535
Fator4 – Percebe a Perspetiva do utente	0.802	0.578
Fator5 – Partilha Informação	0.856	0.598
Fator6 – Chega a um consenso	0.844	0.644
Fator7 – Permite terminar o diálogo	0.853	0.593

Continuamos com o estudo da consistência interna apresentando na tabela 7 os valores de alfa por item e subescalas. Para o fator 1, **constrói uma relação**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach razoáveis uma vez que variam entre 0,779 (item 2) e 0,863 (item 3), com um valor global para o total da escala de 0,866. O item 2 foi o que mais se correlacionou com o **constrói uma relação** ($r=0,784$). Ao invés, o item 3 ($r=0,690$) é o que menos se correlaciona com o fator 1.

No fator 2, **inicia a discussão**, a consistência dos resultados de Alfa, variou entre 0,651 (item 4) e 0,787 (item 6), o que pode considerar-se de razoável. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,785, O item que mais se correlaciona com os

resultados globais do fator 2 é o item 4 ($r=0,678$) e o que revelou menor correlação foi o item 6 ($r= 0,560$).

No que respeita ao fator 3, **recolhe informação**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach bons, que variam entre 0,769 (item 10) e 0,809 (item 7), com um valor global para o total da escala de 0,837. O item 10 foi o que mais se correlacionou com o **recolhe informação** ($r=0,727$). Ao invés, o item 8 ($r=0,637$) é o que menos se correlaciona com o fator 3.

No fator 4, **percebe a perspectiva do utente**, a consistência dos resultados de Alfa, variou entre 0,791, no item 13 e 0,577 no item 12, indiciando uma classificação média e fraca, respetivamente. O Alfa global, para o fator em estudo, obteve um valor de 0,791, considerado médio. O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 4 é o 12 ($r=0,759$) e o que revelou menor correlação foi o item 13($r= 0,559$).

Relativamente ao fator 5, **partilha Informação**, os valores de Alfa de Cronbach obtidos são bons, oscilando entre 0,815 (itens 15 e16) e 0,818 (item 14), com um valor global para o total da escala de 0,858. O item 15 foi o que mais se correlacionou com a **partilha informação** ($r=0,713$). Ao invés o item 17 ($r=0,688$) é o que menos se correlaciona com o fator 5.

No que respeita ao fator 6, **chega a um consenso**, aferem-se valores de Alfa de Cronbach médios a bons uma vez que variam entre 0,708 (item 19) e 0,817 (item 20), com um valor global para o total da escala de 0,840. O item 19 foi o que mais se correlacionou com o **chega a um consenso** ($r=0,775$). Ao invés do item 20 ($r=0,661$) que é o que menos se correlaciona com o fator 6.

Por último, no fator 7, **permite terminar o diálogo** a consistência dos resultados de Alfa, variou entre 0,791 (item 24) e 0,828 (item 22), atribuindo-se assim uma boa classificação, o mesmo ocorrendo para o valor global desta subescala ($\alpha=0,851$). O item que mais se correlaciona com os resultados globais do fator 7 é o item 24 ($r=0,759$) e o que revelou menor correlação foi o item 22 ($r= 0,658$).

Tabela 7 - Consistência interna dos itens por subescalas da ECCC

N.º Item	Itens	r item/total	r ²	α sem item
Fator1 – Constrói uma Relação				
			α = 0,866	
1	Cumprimenta e mostra interesse no utente como pessoa	0,766	0,613	0,792
2	Usa palavras que mostram o cuidado e preocupação ao longo da entrevista	0,784	0,630	0,779
3	Utiliza o tom, ritmo, contato visual e postura que demonstra cuidado e preocupação	0,690	0,477	0,863
Fator 2 - Inicia a Discussão				
			α = 0,785	
4	Permite ao utente completar a declaração de abertura, sem interrupção	0,678	0,481	0,651
5	Pergunta "Há mais alguma coisa?" para explicitar o conjunto completo de preocupações	0,645	0,450	0,690

6	Explica e / ou negocia uma agenda para a visita	0,560	0,315	0,787
Fator3 - Recolhe informação		$\alpha = 0,837$		
7	Inicia a história do utente, usando perguntas abertas (por exemplo, "diga-me sobre...")	0,656	0,502	0,809
8	Esclarece detalhes quanto necessário, com perguntas mais específicas ou de "sim / não"	0,637	0,459	0,811
9	Resume e dá oportunidade ao utente para corrigir ou adicionar informações	0,687	0,608	0,785
10	Faz a transição, de forma eficaz, para perguntas adicionais	0,727	0,632	0,769
Fator4 - Percebe a Perspetiva do utente		$\alpha = 0,791$		
11	Solicita sobre eventos de vida, as circunstâncias, as outras pessoas que possam afetar a sua saúde	0,590	0,429	0,763
12	Esclarece as crenças, preocupações e expectativas do utente sobre a doença e tratamento	0,759	0,576	0,577
13	Responde de forma explícita às declarações do utente sobre as suas ideias e sentimentos	0,559	0,380	0,791
Fator5 - Partilha Informação		$\alpha = 0,858$		
14	Avalia a compreensão do utente do problema e o seu desejo de mais informação	0,704	0,503	0,818
15	Explica usando palavras que o utente pode entender	0,713	0,511	0,815
16	Verifica se há compreensão mútua dos planos de diagnóstico e / ou tratamento	0,710	0,505	0,815
17	Solicita se o utente tem mais perguntas	0,688	0,475	0,827
Fator6 - Chega a um consenso		$\alpha = 0,840$		
18	Inclui o utente em escolhas e decisões, na medida em que ele / ela deseja	0,679	0,492	0,803
19	Solicita sobre a capacidade de os utentes seguirem os planos de diagnóstico e / ou tratamento	0,775	0,600	0,708
20	Identifica recursos e apoios adicionais, conforme o caso	0,661	0,464	0,817
Fator7 - Permite terminar o diálogo		$\alpha = 0,851$		
21	Pergunta se o utente tem dúvidas, preocupações ou outros problemas	0,674	0,456	0,818
22	Resume / pede ao utente para resumir o plano até próxima visita	0,658	0,441	0,828
23	Discute / esclarece o acompanhamento ou contactos	0,701	0,535	0,807
24	Reconhece o paciente e encerra a entrevista	0,739	0,573	0,791

Analizamos ainda a validade convergente/divergente dos itens efetuando uma correlação entre estes e os fatores subjacentes e respetivo valor global. Os resultados evidenciam que todos os itens são significativos, unificando valores correlacionais mais elevados nas subescalas a que pertencem, conforme os índices salientados a negrito, sendo esse valor superior aos restantes. O segundo valor mais elevado respeita ao valor global da escala, deduzindo-se assim a existência de validade convergente.

Tabela 8 - Validade convergente/divergente da ECCC

Nº item	Itens	Fator 1	Fator 2	Fator3	Fator4	Fator 5	Fator 6	Fator7	Total
1	Cumprimenta e mostra interesse no utente como pessoa	0.902 ***	0.532 ***	0.395 ***	0.425 ***	0.447 ***	0.372 ***	0.391 ***	0.578 ***
2	Usa palavras que mostram o cuidado e preocupação ao longo da entrevista	0.901 ***	0.536 ***	0.414 ***	0.386 ***	0.434 ***	0.391 ***	0.407 ***	0.580 ***
3	Utiliza o tom, ritmo, contato visual e postura que demonstra cuidado e preocupação	0.864 ***	0.700 ***	0.544 ***	0.491 ***	0.590 ***	0.465 ***	0.457 ***	0.694 ***
4	Permite ao utente completar a declaração de abertura, sem interrupção	0.666 ***	0.860 ***	0.563 ***	0.525 ***	0.566 ***	0.499 ***	0.544 ***	0.718 ***
5	Pergunta "Há mais alguma coisa?" para explicitar o conjunto completo de preocupações	0.605 ***	0.838 ***	0.564 ***	0.472 ***	0.612 ***	0.500 ***	0.606 ***	0.720 ***
6	Explica e / ou negocia uma agenda para a visita	0.415 ***	0.817 ***	0.552 ***	0.492 ***	0.557 ***	0.582 ***	0.621 ***	0.695 ***
7	Inicia a história do utente, usando perguntas abertas (por exemplo, "diga-me sobre...")	0.381 ***	0.593 ***	0.835 ***	0.444 ***	0.551 ***	0.599 ***	0.630 ***	0.703 ***
8	Esclarece detalhes quanto necessário, com perguntas mais	0.408 ***	0.605 ***	0.776** *	0.500 ***	0.672 ***	0.519 ***	0.661 ***	0.723 ***

	específicas ou de "sim / não"								
9	Resume e dá oportunidade ao utente para corrigir ou adicionar informações	0.452 ***	0.505 ***	0.832 ***	0.577 ***	0.582 ***	0.514 ***	0.560 ***	0.697 ***
10	Faz a transição, de forma eficaz, para perguntas adicionais	0.442 ***	0.503 ***	0.850 ***	0.617 ***	0.615 ***	0.526 ***	0.626 ***	0.726 ***
11	Solicita sobre eventos de vida, as circunstâncias, as outras pessoas que possam afetar a sua saúde	0.391 ***	0.443 ***	0.463 ***	0.825 ***	0.430 ***	0.427 ***	0.514** *	0.594 ***
12	Esclarece as crenças, preocupações e expectativas do utente sobre a doença e tratamento	0.404 ***	0.535 ***	0.594 ***	0.900 ***	0.605 ***	0.542 ***	0.598 ***	0.716 ***
13	Responde de forma explícita às declarações do utente sobre as suas ideias e sentimentos	0.439 ***	0.518 ***	0.569 ***	0.796 ***	0.686 ***	0.567 ***	0.496 ***	0.696 ***
14	Avalia a compreensão do utente do problema e o seu desejo de mais informação	0.486 ***	0.619 ***	0.608 ***	0.698 ***	0.834 ***	0.601 ***	0.600 ***	0.767 ***
15	Explica usando palavras que o p utente pode entender	0.419 ***	0.433 ***	0.543 ***	0.531 ***	0.836 ***	0.435 ***	0.536 ***	0.651 ***
16	Verifica se há compreensão mútua dos planos de diagnóstico e / ou tratamento	0.488 ***	0.648 ***	0.710 ***	0.559 ***	0.845 ***	0.645 ***	0.711 ***	0.801 ***
17	Solicita se o utente tem mais perguntas	0.460 ***	0.600 ***	0.572 ***	0.501 ***	0.839 ***	0.578 ***	0.687 ***	0.738 ***
18	Inclui o utente em escolhas e decisões, na medida em que ele / ela deseja	0.381 ***	0.535 ***	0.574 ***	0.532 ***	0.575 ***	0.864 ***	0.619 ***	0.702 ***
19	Solicita sobre a capacidade dos utentes seguirem os planos de diagnóstico e / ou tratamento	0.390 ***	0.535 ***	0.592 ***	0.534 ***	0.587 ***	0.903 ***	0.674 ***	0.726 ***
20	Identifica recursos e apoios adicionais, conforme o caso	0.434 ***	0.581 ***	0.552 ***	0.521 **	0.607 ***	0.845 ***	0.706 ***	0.732 ***
21	Pergunta se o utente tem dúvidas, preocupações ou outros problemas	0.412 ***	0.519 ***	0.620 ***	0.512 ***	0.734 ***	0.669 ***	0.820 ***	0.750 ***
22	Resume / pede ao utente para resumir o plano até próxima visita	0.291 ***	0.623 ***	0.612 ***	0.539 ***	0.537 ***	0.617 ***	0.822 ***	0.706 ***
23	Discute / esclarece o acompanhamento ou contactos	0.434 ***	0.583 ***	0.597 ***	0.515 ***	0.604 ***	0.638 ***	0.833 ***	0.733 ***
24	Reconhece o paciente e encerra a entrevista	0.443 ***	0.624 ***	0.666 ***	0.557 ***	0.664 ***	0.622 ***	0.856 ***	0.774 ***

Por último foi realizada uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas da Escala de Competências de Comunicação Clínica e o índice global. Os resultados obtidos na tabela 9 indiciam que as correlações entre as sete subescalas e o valor global da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre ($r=0,461$) **constrói uma relação** versus **chega a um consenso** e ($r=0,765$) na relação entre **chega a um consenso** versus **permite terminar diálogo**. No que se refere às correlações existentes entre as diferentes subescalas e o valor global observa-se que estas são razoáveis e positivas oscilando entre **constrói uma relação** ($r=0,696$) e **permite terminar o diálogo** ($r=0,889$) com percentagens de variância explicada de 48.4% e 79.0%.

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre as subescalas da ECCC

Variáveis	Constrói uma Relação	Inicia a discussão	Recolhe informação	Percebe a Perspetiva do utente	Partilha Informação	Chega a um consenso	Permite terminar o diálogo	Total
Constrói uma Relação	1	0.665	0.508	0.490	0.553	0.461	0.471	0.696
Inicia a Discussão		1	0.668	0.592	0.689	0.632	0.706	0.848
Recolhe informação			1	0.644	0.726	0.658	0.749	0.861
Percebe a Perspetiva do utente				1	0.680	0.608	0.638	0.795
Partilha Informação					1	0.677	0.760	0.884
Chega a um consenso						1	0.765	0.827
Permite terminar o diálogo							1	0.889

1.3.3 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011)

A escala de **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais** é um instrumento fiável de enorme utilidade no reconhecimento de constrangimentos e questões que direcionem o investimento na melhoria contínua da segurança do doente. Foi desenvolvida de forma bastante inclusiva para ser usada na generalidade de todos os hospitais (Eiras, 2011).

A escala é composta por 7 secções que englobam 42 itens, incluindo ainda duas variáveis com item único.

- A – “O seu serviço/unidade de trabalho”, constituída por 18 itens;
- B – “O seu superior hierárquico”, constituída por 4 itens;
- C – “Comunicações”, constituída por 6 itens;
- D – “Frequência da notificação”, constituída por 3 itens; secção
- E – “Grau de segurança do doente”, constituída por 1 item;
- F – “O seu hospital” constituída por 11 itens;
- G – “Número de eventos/ ocorrências” constituída por 1 item.

É uma escala tipo Likert, graduada em cinco níveis para os 42 itens: **Discordo fortemente ou nunca** (1); **Discordo/raramente** (2); **Não concordo nem discordo/por vezes** (3) **Concordo ou a maioria das vezes** (4) **Concordo fortemente ou sempre** (5). Possibilita a avaliação de 12 dimensões da cultura de segurança do doente, permitindo a monitorização das alterações ao longo do tempo e a avaliação do impacto de intervenções nesta área (Garcia, 2015). Com o intuito de simplificar o entendimento da análise e

interpretação dos dados seguimos a metodologia aconselhada pela Agency for *Healthcare Research and Quality* (Sorra e Nieva, 2004), submetendo as questões formuladas negativamente, que se apresentam na tabela 10 assinaladas com o letra R, a uma inversão e recodificando a escala de cinco para três categorias. As duas categorias menos positivas (***Discordo fortemente ou nunca; Discordo/raramente***) em cada item foram agrupadas numa só e considerada negativa – **categoria 1**. A **categoria 2**, considerada neutra, é constituída pelo ponto médio da escala (***Não concordo nem discordo ou por vezes***). As respostas positivas (***Concordo ou maioria das vezes; Concordo fortemente ou sempre***) deram origem à **categoria 3**. A percentagem de respostas positivas exclusivas na dimensão ou item representa o indicador fundamental de análise. Com a percentagem de respostas positivas nos distintos itens, podemos assinalar os pontos fortes da cultura de segurança do doente e também os pontos mais problemáticos, onde a intervenção é prioritária (Garcia, 2015).

As questões que compõem a escala são apresentadas e agrupadas por dimensão e itens, conforme se observa na tabela:

Tabela 10 - Dimensões da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

Dimensões	Itens
1.Trabalho em equipa	A1 Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se
	A3 Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa, para o conseguir fazer
	A4 Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito
	A11 Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
2.Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1 O meu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
	B2 O meu supervisor/diretor leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
	B3R Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso ponha em causa a segurança do doente
	B4R O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	F1 A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
	F8 As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade
	F9R A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade
4. Aprendizagem organizacional -melhoria contínua	A6 Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
	A9 Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas
	A13 Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10R É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade
	A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho
	A17R Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente
	A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos eventos/ocorrências
6. Comunicação e feedback acerca do erro	C1 É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de eventos/ocorrências
	C3 Somos informados acerca de eventos/ocorrências que aconteçam neste Serviço/unidade
	C5 Neste Serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de eventos/ocorrências
7. Abertura na comunicação	C2 Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente

	C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
	C6R	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
8. Frequência da notificação	D1	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?
	D2	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?
	D3	Quando um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?
9. Trabalho entre unidades	F2R	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros
	F4	Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
	F6R	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital
	F10	Os serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
10. Dotação de profissionais	A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
	A5R	Os profissionais trabalham mais horas por turno, o que pode pôr em causa a segurança do doente
	A7R	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente
	A14R	Trabalhamos em "modo crise", tentando fazer muito, demasiado depressa
	F3R	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro
11. Transições	F5R	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
	F7R	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do Hospital
	F11R	As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente
12. Resposta ao erro	A8R	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
	A12R	Quando um evento/ocorrência é notificada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
	A16R	Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal

Utilizando os critérios da AHRQ, 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. Assim sendo, adotamos a sugestão de Fernandes & Queirós (2011), considerando os fatores que integram este intervalo como não sendo problemáticos, mas devem ser vistos como oportunidade de melhoria.

Relativamente à validação dos questionários, seguimos as indicações dos autores da escala (Sorra e Nieva, 2004). Deste modo, foram rejeitados 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.

1.4 Procedimentos éticos e de recolha de dados

À recolha de dados precedeu um conjunto de procedimentos, a saber:

- Pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados, à autora da escala que o traduziu e validou para a população portuguesa.

- Pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da ESSV, tendo sido favorável.

- Envio de um ofício ao Presidente do Conselho de Administração do hospital, alvo do nosso estudo, onde constava pedido de autorização/colaboração, a finalidade do estudo, os seus objetivos e o instrumento e colheita de dados proposto, tendo sido obtido um parecer igualmente favorável.

Os questionários foram entregues nos serviços anteriormente referidos, tendo sido solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes de serviço ou seu representante no sentido de divulgarem a realização do estudo a todos os enfermeiros.

1.5 Análise de dados

O tratamento estatístico é o culminar de um processo que se iniciou com a colheita de dados e que viabiliza a análise e interpretação dos mesmos. Este estudo será processado através da estatística descritiva e analítica.

No que concerne à estatística descritiva utilizaram-se as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como a média; medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de assimetria e achatamento, e medidas de associação como o coeficiente de variação.

A avaliação da medida de assimetria Skewness (Sk) e da kurtose (K) é o resultado do quociente entre os valores da estatística Sk e dos erros padrão correspondentes (EP). Sk/EP e K/EP (Pestana & Gageiro, 2014), se o resultado estiver entre:

Valores	SK/EP	K/EP
-1,96 e + 1,96	distribuição é simétrica	mesocúrtica
<-1,96	assimétrica negativa ou enviesada à direita	platicúrtica
> 1,96	assimétrica positiva ou enviesada à esquerda	leptocúrtica

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa. Os resultados obtidos devem ser interpretados de acordo com o postulado por Pestana & Gageiro (2014):

CV ≤ 15% - dispersão fraca;
15% < CV ≤ 30% - dispersão média;

Coefficiente de correlação de Pearson, é uma medida de associação linear usada no estudo de variáveis quantitativas. Na correlação há a distinguir dois aspetos fundamentais: a intensidade e o sentido. A intensidade indica a força da correlação que pode oscilar no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores variam entre -1 e 1. Se a associação for negativa, a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos valores de uma variável está associado à diminuição da outra. Se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido ou seja, o aumento ou diminuição dos valores de uma variável corresponde ao aumento ou diminuição na outra. Importa ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por **coeficiente de determinação (R^2)**, o qual indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade.

Para as correlações de Pearson (r) foram utilizados valores de r que, segundo Pestana & Gageiro (2014) se classificam da seguinte forma:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta;
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

Para a análise inferencial usaram-se testes paramétricos e não paramétricos de acordo com as variáveis em estudo. A utilização de testes paramétricos deve obedecer a dois requisitos essenciais e simultâneos: as variáveis de natureza quantitativa devem ter distribuição normal; as variâncias populacionais devem ser homogêneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (Marôco, 2014).

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usaram-se os valores de assimetria e kurtose em detrimento do teste de Kolmogorov Smirnov, dado que este teste é variável em função do tamanho da amostra, e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene.

Os testes paramétricos têm-se como robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas (Marôco,

2014). A confirmar este pressuposto Pestana & Gageiro (2014) dizem que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal.

A estatística não paramétrica, cujos testes são menos potentes, foi utilizada em alternativa à paramétrica sempre que os pressupostos para a sua aplicação não estavam cumpridos.

Os testes utilizados no âmbito da estatística paramétrica e não paramétrica foram:

- **Teste *t* de student, ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** para comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras diferentes (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Análise de variância a um fator (ANOVA), ou Teste de Kruskal-Wallis** para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos diferentes (variável exógena – qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são iguais ou não entre si. Quando se testa a igualdade de três ou mais médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se, habitualmente a testes post-hoc (de Tukey), para determinar quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Teste de qui quadrado (χ^2)**, estuda as relações entre variáveis qualitativas nominais ou ordinais. Aplica-se a uma amostra em que a variável possui duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com frequências esperadas, para inferir sobre a relação existentes entre ambas. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados complementam a informação localizando as células onde se registam as diferenças. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna (Pestana & Gageiro, 2014).
- **Regressão**, modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou de rácio informando sobre as margens de erro dessas previsões. Quando se utiliza apenas uma variável dependente e uma independente, o modelo designa-se por **regressão linear simples**, se forem comparadas uma variável dependente com mais do que uma variável independente, o modelo designa-se por **regressão linear múltipla**. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a

variável dependente. Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a previsão, ao invés, quanto menor a correlação maior a percentagem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2014).

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância estatística (Marôco 2014):

- $p < 0,05$ – valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ – valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ – valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ – n.s. – valor estatístico não significativo.

A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas, onde se plasmaram as informações mais relevantes. Não se cumpriu a regra de colocação da data e fonte nas mesmas uma vez que todos os dados foram colhidos à população e nas datas referidas. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados, exceção feita à caracterização sociodemográfica que integra o ponto referente aos participantes, sito no capítulo da metodologia.

2 Resultados

A apresentação dos resultados será subdividida em duas partes elementares e complementares; a análise descritiva dos dados e análise inferencial dos resultados.

2.1 Análise descritiva

A apresentação dos resultados será feita em três pontos: caracterização sociodemográfica, variáveis de contexto profissional e, por fim, a variável dependente do nosso trabalho, cultura de segurança.

2.1.1 Variáveis de contexto profissional

As variáveis abordadas neste ponto serão: anos de experiência profissional, serviço/unidade em que exerce funções e notificação de acidentes que engloba o conhecimento da existência, na instituição de um departamento de política da qualidade nos serviços de saúde bem como o conhecimento da existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos.

Anos de experiência profissional em função do sexo

A análise da tabela 11 permite-nos observar que a variação dos anos de experiência profissional para o sexo masculino se baliza entre o 1 e os 33 anos, o que corresponde a uma média de 9.41 anos (± 6.992). No sexo feminino a variação oscila entre o 1 e os 33 anos respectivamente, com uma média de 9.42 anos (± 7.956) não sendo significativa a diferença entre os grupos ($Z = -0.443$; $p = 0.658$). O coeficiente de variação indica uma dispersão alta e os valores de simetria e Kurtosis indicam uma curva leptocúrtica, com enviesamento à direita, comprovada pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov que revela diferenças estatisticamente significativas para o sexo feminino e masculino.

Tabela 11 - Estatística relativa aos anos de experiência profissional em função do sexo dos enfermeiros

Sexo	N	Mínimo	Máximo	Média	D.Padrão	CV%	SK/erro	K/erro	KS
Feminino	107	1	33	9.42	7.956	84.46	5.132	1.367	0.000
Masculino	31	1	33	9.41	6.922	73.72	3.933	4.136	0.005
Total	138	1	33	9.41	7.711	81.94	6.146	2.366	0.000

Utilizámos o teste de Qui² para estudar a relação entre os anos de experiência profissional e o sexo dos enfermeiros, tendo esses anos sido divididos em três grupos (cf. Tabela 12). Os resultados obtidos indicam que 38.4 % da amostra são indivíduos com 6-10 anos de experiência profissional sendo que, apenas 26.8 % da amostra tem mais de 10 anos de serviço. Valores similares são observados na análise em função do sexo, 38.3 % das mulheres e 38.7 % dos homens inserem-se na classe 6-10 anos de experiência profissional. No sexo masculino 32.3% dos indivíduos têm, menos ou 5 anos de experiência profissional, sendo que os restantes 29% têm mais de 10 anos. No sexo feminino 35.5% dos indivíduos têm, menos ou 5 anos de experiência profissional, sendo que os restantes 26.2% têm mais de 10 anos. Os resultados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.148$; $p = 0.929$) o que foi comprovado pelos resíduos ajustados. A associação entre as variáveis é fraca corroborada por um coeficiente de contingência de 0.017. Face ao resultado aceita-se a hipótese de H₀, ou seja, as variáveis em estudo são independentes.

Tabela 12 - Teste de Qui² para a distribuição dos anos de experiência em função do sexo dos enfermeiros

Idade	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		χ^2	p
		N	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.		
≤5 anos		38	35.5	10	32.3	48	34.8	0.3	-0.3	0.148	0.929
6-10 anos		41	38.3	12	38.7	53	38.4	0.0	0.0		
>10 anos		28	26.2	9	29	37	26.8	-0.3	0.3		
Total		107	100,0	31	100,0	138	100,0				

Serviço/unidade em que exerce funções

A análise da tabela 13 permite-nos observar que o serviço com maior adesão ao estudo foi a Urgência com 32 enfermeiros participantes (23.2%), seguido do Serviço de Cirurgia com 30 enfermeiros (21.7%). Os serviços de Pediatria e Hospital de Dia Cirúrgico foram os que tiveram menos adesão, 2 enfermeiros (1.4%).

Tabela 13 - Distribuição de enfermeiros por serviço de enfermagem

Serviço	N	%
Bloco Operatório	21	15.2
Cirurgia	30	21.7
Hospital dia cirúrgico	2	1.4
Medicina	17	12.3
Obstetrícia	8	5.8
Pediatria	2	1.4
Serviço de Urgência	32	23.2
UCI-UCIP	26	18.8
Total	138	100.0

Notificação de acidentes - Departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde

A variável em estudo na tabela 14 é o conhecimento que os enfermeiros possuem sobre a existência, na instituição, de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde. A variável foi recodificada em dois grupos: enfermeiros com conhecimento e enfermeiros sem conhecimento. Ao analisar os resultados verificamos que 97.1% dos enfermeiros têm conhecimento da existência, na instituição, de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde. Quando comparados em gênero, constatou-se que não existem diferenças significativas, constatação corroborada pelo valor de qui-quadrado ($\chi^2=0.015$, $p=0.902$).

Tabela 14 - Teste de qui quadrado para o conhecimento dos enfermeiros sobre a existência de um departamento de política da qualidade nos cuidados de saúde, em função do sexo

Departamento Qualidade	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		χ^2	p
		N	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.		
Sim		104	97.2	30	96.8	134	97.1	0.1	-0.1	0.015	0.902
Não		3	2.8	1	3.2	4	2.9	-0.1	0.1		
Total		107	100,0	31	100,0	138	100,0			0.015	

Notificação de acidentes - Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos

A variável em estudo na tabela 15 é o conhecimento da existência, na instituição, de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos. Esta variável foi, igualmente, recodificada em dois grupos: enfermeiros com conhecimento e enfermeiros sem conhecimento. A análise dos dados indica que 95.7% dos enfermeiros sabem que a instituição possui um sistema para notificação de incidentes e eventos adversos. As diferenças encontradas na comparação no gênero não têm significância estatística comprovada pelo valor de qui-quadrado ($\chi^2=0.121$; $p=0,728$).

Tabela 15 - Teste de qui quadrado para o conhecimento dos enfermeiros sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, em função do sexo

Sistema de notificação do erro	Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais		χ^2	p
		N	%	n	%	n	%	Fem.	Masc.		
Sim		102	95.3	30	96.8	132	95.7	-0.3	0.3	0.121	0.728
Não		5	4.7	1	3.2	6	4.3	0.3	-0.3		
Total		107	100,00	31	100,00	138	100,00				

2.2 Competências de Comunicação

A **escala de competência de comunicação clínica (ECCC)** subdivide-se em 7 fatores que viabilizam a avaliação das competências da comunicação: **Fator 1 - Constrói uma relação**, **Fator 2 – Inicia a discussão**, **Fator 3 – Recolhe informação**, **Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente**, **Fator 5 – Partilha de informação**, **Fator 6 – Chega a um consenso** e **Fator 7 – Permite terminar um diálogo**. O **Fator 1** está compreendido entre o valor mínimo de 7 e o valor máximo de 15 com uma pontuação média de 11.347 (Dp=1.842). A leitura dos valores de dispersão mostra uma dispersão média (CV=16.23%), assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro=-0.446) e mesocúrtica (K/erro=-0.826). O **Fator 2** baliza entre um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 15 tem uma pontuação média de 10.043 e um Dp=2.085. Os valores de dispersão indicam uma dispersão média (CV=20.76%), simétrica (Sk/erro=1.878) e mesocúrtica (K/erro=0.321). Para o **Fator 3** a pontuação mínima é de 8 e a máxima de 20 com uma média de 13.942 (Dp=2.391). Os valores observados revelam uma dispersão média (CV=17.14%), simétrica (Sk/erro=-1.966) e mesocúrtica (K/erro=-0.290). As pontuações do **Fator 4** oscilam entre o 4 e o 15 com uma pontuação média de 10.376 (Dp=1.949). A análise dos parâmetros de dispersão indicia uma dispersão média (CV=18.78%), simétrica (Sk/erro=-0.689) e mesocúrtica (K/erro=0.819). A média de pontuação do **Fator 5** é de 14.673 (Dp=2.467) para valores mínimos de 6 e máximos de 20. A leitura dos valores de dispersão mostra uma dispersão média (CV=16.81%), assimétrica ou enviesada à direita (Sk/erro=-3.339) e mesocúrtica (K/erro=2.392). Os valores do **Fator 6** oscilam entre 3 e 15, com uma média de 10.340 (Dp=2.016). A dispersão é média (CV=19.49%), assimétrica negativa ou enviesada á direita (Sk/erro=-3.393) e mesocúrtica (K/erro=1.270). O teste de normalidade de *Kolmogorov- Smirnov* dá um valor de $p=0.000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. Por último o **Fator 7** apresenta uma média de 13.760 (Dp=2.609) com pontuações que oscilam de 6 a 20. A dispersão é média (CV=18.96%), assimétrica negativa ou enviesada á direita (Sk/erro=-2.097) e mesocúrtica (K/erro=0.285). O teste de normalidade de *Kolmogorov- Smirnov* apresenta um valor de $p=0.000$, nos sete fatores avaliados pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Estatísticas relativas à ECCC

Variáveis	Comunicação		Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Fator 1 – Constrói uma relação	7	15	11.347	1.842	16.23	-0.446	-0.826	0.000		
Fator 2 – Inicia a discussão	3	15	10.043	2.085	20.76	1.878	0.321	0.000		
Fator 3 – Recolhe informação	8	20	13.942	2.391	17.14	-1.966	-0.290	0.000		
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente	4	15	10.376	1.949	18.78	-0.689	0.819	0.000		
Fator 5 – Partilha de informação	6	20	14.673	2.467	16.81	-3.339	2.392	0.000		
Fator 6 – Chega a um consenso	3	15	10.340	2.016	19.49	-3.393	1.270	0.000		

Fator 7 – Permite terminar um diálogo	6	20	13.760	2.609	18.96	-2.097	0.285	0.000
Total	39	120	84.485	12.826	15.18	-1.907	1.453	0.200

Relação entre o Sexo dos enfermeiros e as Competências de Comunicação

Pela análise das ordenações médias obtidas com o teste de *UMW* (cf. Tabela 17), utilizado para avaliar a relação competências comunicacionais / sexo dos inquiridos, inferimos que o sexo masculino apresenta melhores competências comunicacionais em todos os fatores com exceção do fator 5 *Partilha de Informação*, onde o valor de ordenação média é superior no sexo feminino (69.90). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Tabela 17 - Teste de U-Mann-Whitney, relação entre o Sexo dos enfermeiros e a ECCC

Variáveis	Sexo	Feminino Ordenação média	Masculino Ordenação média	UMW	p
Fator 1 – Constrói uma relação		67.13	77.69	1404.500	0.184
Fator 2 – inicia a discussão		66.58	79.58	1346.000	0.105
Fator 3 – Recolhe informação		68.74	72.11	1577.500	0.675
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente		68.92	71.52	1596.000	0.745
Fator 5 – Partilha de informação		69.90	68.11	1615.500	0.822
Fator 6 – Chega a um consenso		67.95	74.85	1492.500	0.387
Fator 7 – Permite terminar um diálogo		67.13	77.68	1405.000	0.191
Total		67.73	75.60	1469.500	0.335

Relação entre a Idade dos enfermeiros e as Competências de Comunicação

Um teste de *t de Student* (cf. Tabela 18), foi realizado para avaliar a relação dos sete fatores da *ECCC* com a idade dos inquiridos, os resultados obtidos indicam que os enfermeiros com mais de 30 anos são aqueles que detêm melhores competências comunicacionais (84.782 ± 13.094), quando comparados com os seus pares de idade inferior ou igual a 30 anos (84.188 ± 12.642). Não há significância estatística nas diferenças encontradas em todos os fatores.

Tabela 18 - Teste t de Student para a ECCC versus Idade dos enfermeiros

Variáveis	Idade	Até aos 30 anos		>30 anos		Levene (p)	t	p
		\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Fator 1 – Constrói uma relação		11.304	1.700	11.391	1.986	0.079	-0.276	0.783
Fator 2 – Inicia a discussão		10.087	2.034	10.000	2.148	0.294	0.244	0.808
Fator 3 – Recolhe informação		13.869	2.293	14.014	2.499	0.509	-0.355	0.723
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente		10.101	1.963	10.652	1.908	0.826	-1.671	0.097
Fator 5 – Partilha de informação		14.739	2.285	14.608	2.652	0.175	0.309	0.757
Fator 6 – Chega a um consenso		10.391	2.073	10.289	1.971	0.908	0.295	0.769
Fator 7 – Permite terminar um diálogo		13.695	2.630	13.826	2.606	0.791	-0.293	0.770
Total		84.188	12.642	84.782	13.094	0.427	-0.271	0.787

Relação entre Estado Civil dos enfermeiros e as Competências de Comunicação

A leitura dos resultados obtidos pela aplicação do teste de *t de Student* (cf. Tabela 19), utilizado na avaliação da relação dos fatores da *ECCC* e o estado civil dos enfermeiros revelam que são os inquiridos solteiros ou divorciados aqueles que revelam melhores competências comunicacionais (85.000 ± 14.218) quando comparados com os casados (83.907 ± 11.140). Não existindo significância estatística.

Tabela 19 - Teste t de Student para *ECCC* versus Estado Civil dos enfermeiros

Variáveis	Estado Civil		Casado		Levene (p)	t	p
	Solteiro/Divorciado	Dp	\bar{x}	Dp			
Fator 1 – Constrói uma relação	11.369	2.085	11.323	1.542	0.027	0.148	0.882
Fator 2 – Inicia a discussão	10.164	2.204	9.907	1.950	0.447	0.721	0.470
Fator 3 – Recolhe informação	14.137	2.594	13.723	2.139	0.125	1.015	0.312
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente	10.315	1.942	10.446	1.968	0.711	-0.393	0.695
Fator 5 – Partilha de informação	14.616	2.767	14.738	2.101	0.061	-0.289	0.773
Fator 6 – Chega a um consenso	10.452	2.154	10.215	1.858	0.210	0.687	0.493
Fator 7 – Permite terminar um diálogo	13.945	2.707	13.553	2.500	0.603	0.879	0.381
Total	85.000	14.218	83.907	11.140	0.040	0.498	0.619

Relação entre a Experiência Profissional dos enfermeiros e as Competências de Comunicação

Procurando analisar a relação existente entre a experiência profissional e os fatores da *ECCC* realizámos uma análise de variação a sete fatores (cf. tabela 20), os produtos obtidos revelam que as médias mais elevadas se concentram nos profissionais de saúde com mais anos de experiência profissional (> 10 anos $\bar{x}=14.945 \pm 2.296$). Os enfermeiros com 6-10 anos de experiência profissional são os que apresentam médias mais baixas ($\bar{x}=9.830 \pm 1.968$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0.495$) e a variabilidade, isto é a influência da experiência profissional na *ECCC* é ínfima (1.036%).

Tabela 20 - Análise de variância ANOVA entre a Experiência Profissional e os fatores da *ECCC*

	Experiência profissional	\bar{x} (média)	Dp	F	p	VE%
Fator 1 - Constrói uma relação	≤ 5 anos	11.458	1.856	0.595	0.553	0.874%
	6-10anos	11.132	1.787			
	>10 anos	11.513	1.923			
Fator 2 – Inicia a discussão	≤ 5 anos	10.208	2.305	0.459	0.663	0.675%
	6-10anos	9.830	1.968			
	>10 anos	10.135	1.974			
Fator 3 – Recolhe informação	≤ 5 anos	13.729	2.639	1.453	0.237	2.107%
	6-10anos	13.735	2.228			
	>10 anos	14.513	2.243			
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente	≤ 5 anos	10.104	2.290	1.874	0.157	2.799%
	6-10anos	10.264	1.495			
	>10 anos	10.891	1.996			

Fator 5 – Partilha de Informação	≤ 5 anos	14.770	2.553	0.594	0.554	0.872%
	6-10anos	14.396	2.521			
	>10 anos	14.945	2.296			
Fator 6- Chega a um consenso	≤ 5 anos	10.458	2.249	0.377	0.687	0.555%
	6-10anos	10.150	1.833			
	>10 anos	10.459	1.980			
Fator 7 – Permite terminar o diálogo	≤ 5 anos	13.666	2.897	0.210	0.811	0.310%
	6-10anos	13.679	2.251			
	>10 anos	14.000	2.748			
Total	≤ 5 anos	14.498	14.498	0.707	0.495	1.036%
	6-10anos	11.259	11.259			
	>10 anos	12.731	12.731			

Relação entre Serviço onde trabalha e as Competências de Comunicação dos enfermeiros

Entendemos pertinente perceber de que forma o serviço no qual cada enfermeiro trabalha influenciava as competências de comunicação e, para tal, realizámos um teste de *Kruskal Wallis* (cf. tabela 21). As ordenações médias obtidas revelam que os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Obstetrícia são os que apresentam melhores competências (OM=102.31) e os que prestam cuidados no serviço de Medicina são os que indiciam resultados mais baixos (OM=47.53). Existindo significância estatística.

Tabela 21 - Teste Kruskal Wallis para fatores da ECCC e os diferentes serviços de prestação de cuidados de enfermagem

Variáveis	Serviço	BO	Cirurgia	HDC	MED	OBT	PED	SUG	UCI-UCIP	χ ²	p
		OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
Fator 1 – Constrói uma relação		75.52	74.38	44.25	55.94	102.56	125.00	54.20	74.19	18,940	0.008
Fator 2 – Inicia a discussão		72.60	68.45	54.75	47.26	106.31	122.00	56.23	84.85	23.991	0.001
Fator 3 – Recolhe informação		74.60	76.80	38.75	45.68	83.38	78.75	63.03	77.88	11.935	0.103
Fator 4 – Percebe a perspetiva do utente		85.69	69.32	62.00	61.18	94.13	34.00	54.20	76.63	14.915	0.037
Fator 5 – Partilha de informação		77.71	67.82	64.00	54.18	103.38	65.00	57.81	79.56	14.265	0.047
Fator 6 – Chega a um consenso		81.26	66.47	36.00	48.88	105.00	94.75	61.36	76.71	17.931	0.012
Fator 7 – Permite terminar um diálogo		70.29	70.33	99.25	56.03	80.25	109.75	57.59	82.67	11.577	0.115
Total		78.36	70.98	56.00	47.53	102.31	97.25	55.66	80.85	18.741	0.009

A análise da tabela 22 permite-nos observar que a maioria dos enfermeiros 85 (61.6%) considera “estabelecer relação (rapport) entre o profissional e o utente” a competência de comunicação mais relevante, sendo que apenas 4 (2.9%) a considera a competência menos importante.

Tabela 22 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “estabelecer relação (rapport) entre o profissional e o utente” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	85	61.6
2	23	16.7
3	14	10.1
4	4	2.9
5	5	3.6
6	3	2.2
7	4	2.9
Total	138	100.0

A análise da tabela 23 permite-nos observar que 25.4% dos enfermeiros considera “**abrir uma consulta / entrevista clinica**” uma competência de comunicação pouco relevante colocando apenas em 6º lugar. Contudo 47.1 % considera que é relevante colocando-a em 1º (19.6%) e 2º lugar (27.5%).

Tabela 23 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “abrir uma consulta / entrevista clinica” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	27	19.6
2	38	27.5
3	12	8.7
4	12	8.7
5	10	7.2
6	35	25.4
7	4	2.9
Total	138	100.0

A análise da tabela 24 permite-nos observar que 56 enfermeiros consideram “**recolher informação (fazer historia clinica)**” a **terceira competência** de comunicação mais relevante. Sendo que apenas 3 (2.2%) a consideram como a competência menos relevante.

Tabela 24 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “recolher informação (fazer historia clinica)” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	12	8.7
2	25	18.1
3	56	40.6
4	18	13.0
5	21	15.2
6	3	2.2
7	3	2.2
Total	138	100.0

A análise da tabela 25 permite-nos observar que apenas 9 enfermeiros consideram **“compreender a perspetiva do utente sobre o seu problema / doença”** a competência de comunicação mais relevante. Sendo que 82 (59.4%) consideram ser a 2º (29.7%) e 4º (29.75) competência mais relevante.

Tabela 25 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “compreender a perspetiva do utente sobre o seu problema / doença” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	9	6.5
2	41	29.7
3	28	20.3
4	41	29.7
5	16	11.6
6	3	2.2
7	0	0
Total	138	100.0

A análise da tabela 26 permite-nos observar que nenhum enfermeiro considera **“Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente”** a competência de comunicação mais relevante. Sendo que 55 (39.9%) consideram ser a 5º competência mais relevante.

Tabela 26 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	0	0
2	6	4.3
3	17	12.3
4	31	22.5
5	55	39.9
6	22	15.9
7	7	5.1
Total	138	100.0

A análise da tabela 27 permite-nos observar que apenas 1 enfermeiro considera **“negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas / diagnósticos e plano terapêutico”** a competência de comunicação mais relevante. Sendo que 62 (44.9%) consideram ser a 6º competência mais relevante.

Tabela 27 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas / diagnósticos e plano terapêutico” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	1	0.7
2	4	2.9
3	9	6.5
4	30	21.7
5	31	22.5
6	62	44.9
7	1	0.7
Total	138	100.0

A análise da tabela 28 permite-nos observar que a maioria (119 – 86.2%) dos enfermeiros considera “**Fechar a entrevista / consulta**” a **competência** de comunicação menos relevante. Sendo que apenas 3 (2.2%) a consideram ser a competência mais relevante.

Tabela 28 - Frequência com que os enfermeiros consideraram “Fechar a entrevista / consulta” a competência de comunicação mais relevante

Ordem de relevância	F	%
1	3	2.2
2	1	0.7
3	1	0.7
4	2	1.4
5	1	0.7
6	11	8.0
7	119	86.2
Total	138	100.0

2.3 Cultura de Segurança

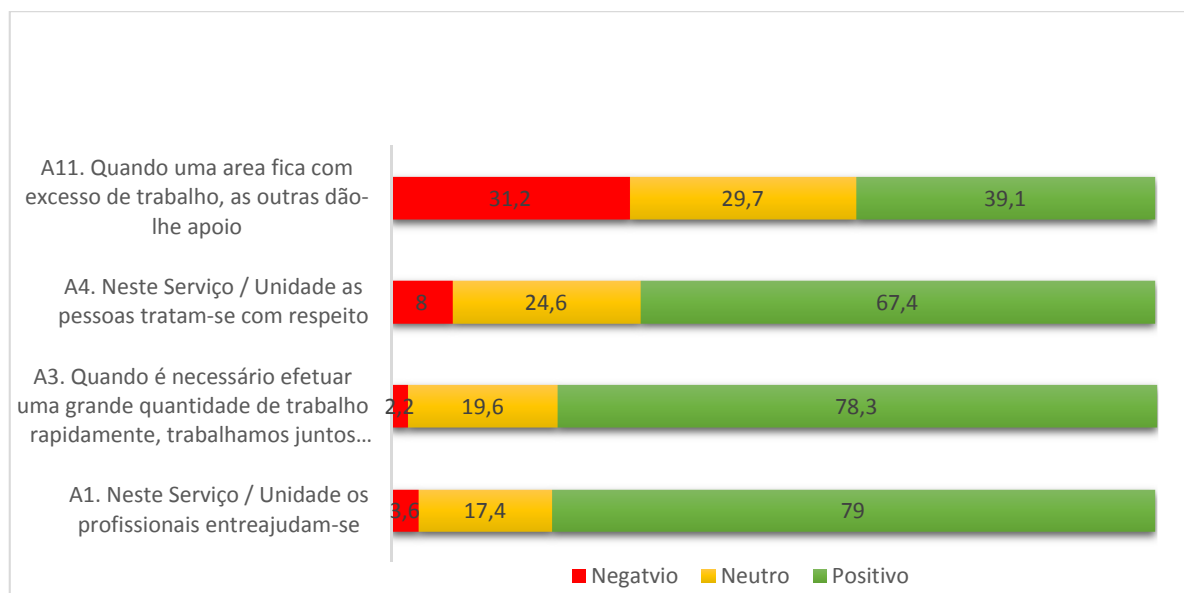
Trabalho em equipa

A leitura da tabela 29 e gráfico 1, permite-nos inferir que esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 66.0%. Deste modo podemos considerar que não é uma área problemática, contudo deve ser tido em conta como uma oportunidade de melhoria, uma vez que os seus valores são inferiores a 75% e superior a 50%. O item “Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se” apresenta-se como um ponto forte da cultura de segurança do doente, apresentando 79.0% 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 apenas 39.1%, assumindo-se como uma área problemática.

Tabela 29 - Trabalho em equipa: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Trabalho em equipa	a1	3.6	17.4	79.0
	a3	2.2	19.6	78.3
	a4	8.0	24.6	67.4
	a11	31.2	29.7	39.1
	Média	11.3	22.8	66.0

Gráfico 1 - Trabalho em equipa: percentual de respostas



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

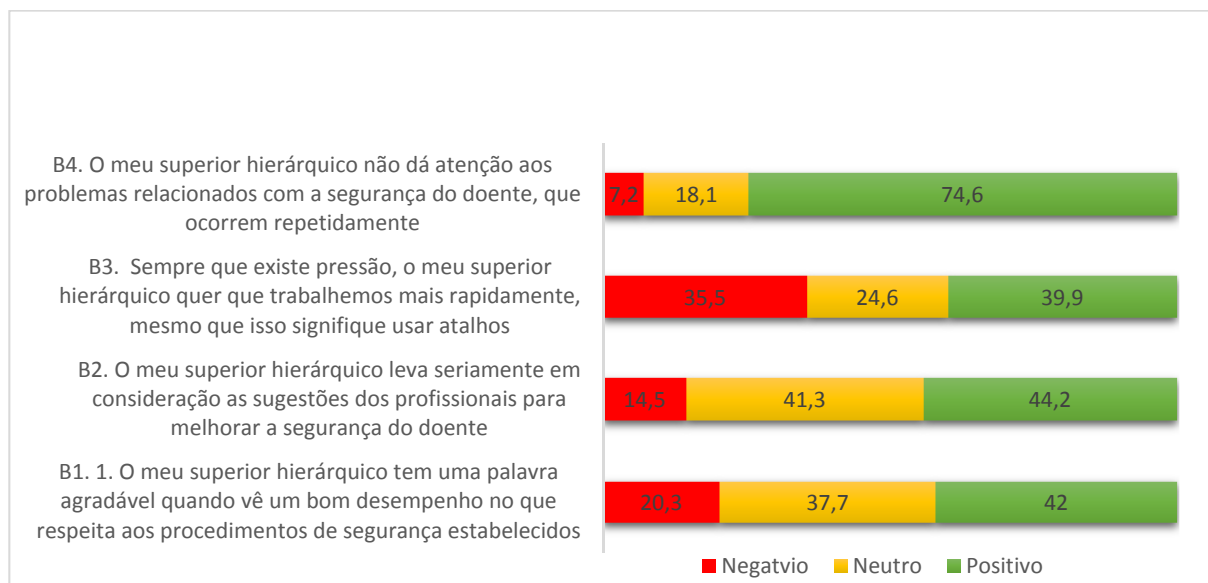
Tal como na dimensão anterior as “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” também é considerada aceitável, apresentado uma percentagem e respostas positivas de 50.2%, requerendo, contudo, melhorias.

O item “O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente” surge com uma percentagem de respostas positivas de 74.6% estando muito perto dos 75% necessários para ser considerado como um forte aspeto de cultura de segurança do doente. Os restantes itens obtiveram um percentual de respostas positivas inferior a 50%, sendo áreas problemáticas com necessidade de melhorias. O item “Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos” com apenas 39.9% de repostas positivas, surge como a área mais problemática (cf. Tabela 30, Gráfico 2).

Tabela 30 - 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	B1	20.3	37.7	42.0
	B2	14.5	41.3	44.2
	B3	35.5	24.6	39.9
	B4	7.2	18.1	74.6
	Média	19.4	30.4	50.2

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



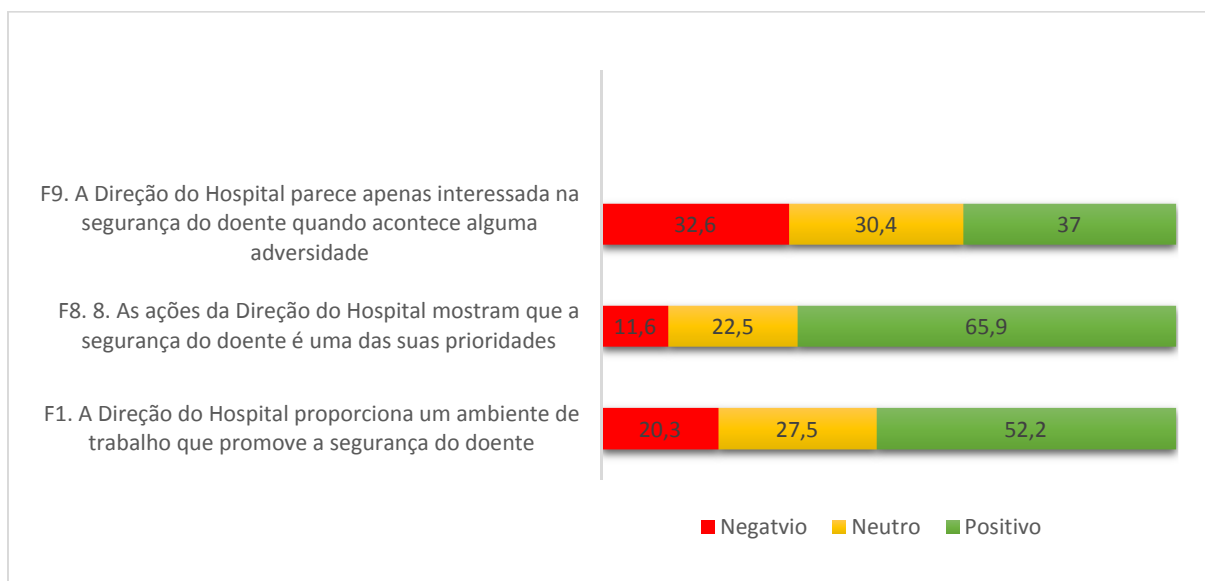
Apoio à segurança do doente pela gestão

Com uma percentagem de respostas positivas de 51.7 % podemos considerar que esta dimensão não é uma área problemática, contudo deve ser tido em conta como uma oportunidade de melhoria. O item “A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade” apresenta uma percentagem de respostas positivas de 37%, podemos concluir é uma das áreas com preferência de actuação (cf. Tabela 31, Gráfico 3).

Tabela 31 - Apoio à segurança do doente pela gestão: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Apoio à segurança do doente pela gestão	F1	20.3	27.5	52.2
	F8	11.6	22.5	65.9
	F9	32.6	30.4	37.0
	Média	21.5	26.8	51.7

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



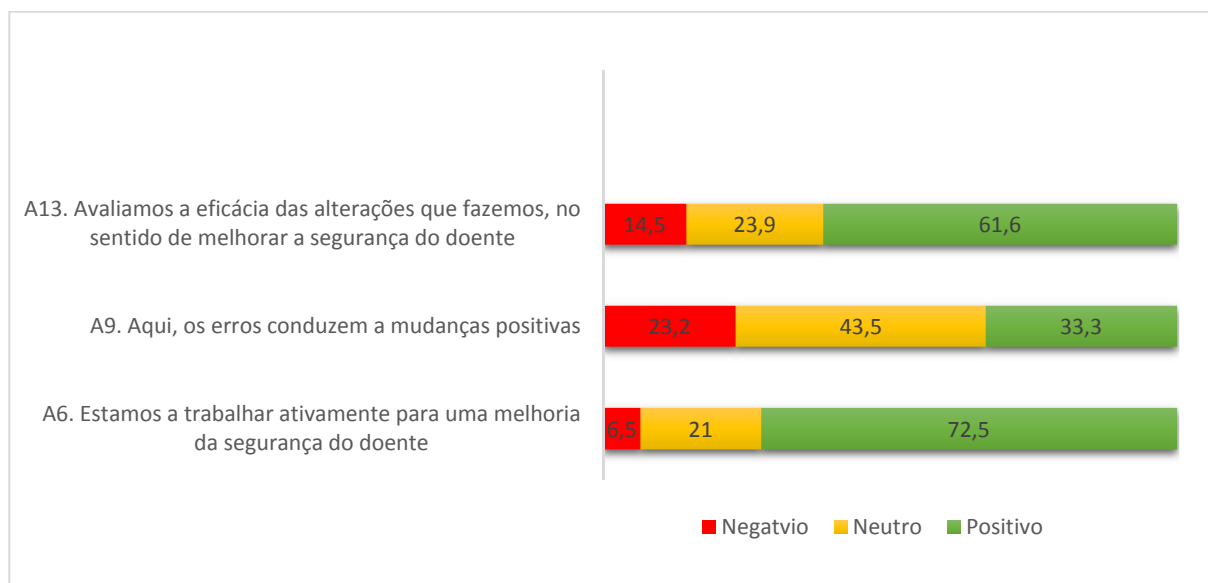
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua

A leitura da tabela 32 e gráfico 4, permite-nos inferir que esta dimensão apresenta uma percentagem de respostas positivas de 55.8%. Deste modo podemos considerar que não é uma área problemática, contudo deve ser tido em conta como uma oportunidade de melhoria. O item “Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas” requer rápida uma intervenção, com uma percentagem de respostas positivas de 33.3% é um ponto crítico. Os restantes itens se patenteiam-se como uma oportunidade de melhoria, com valores percentuais de respostas positivas que variam entre os 61.6% e os 72.5%.

Tabela 32 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Aprendizagem organizacional	A6	6.5	21.0	72.5
	A9	23.2	43.5	33.3
	A13	14.5	23.9	61.6
	Média	14.7	29.5	55.8

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



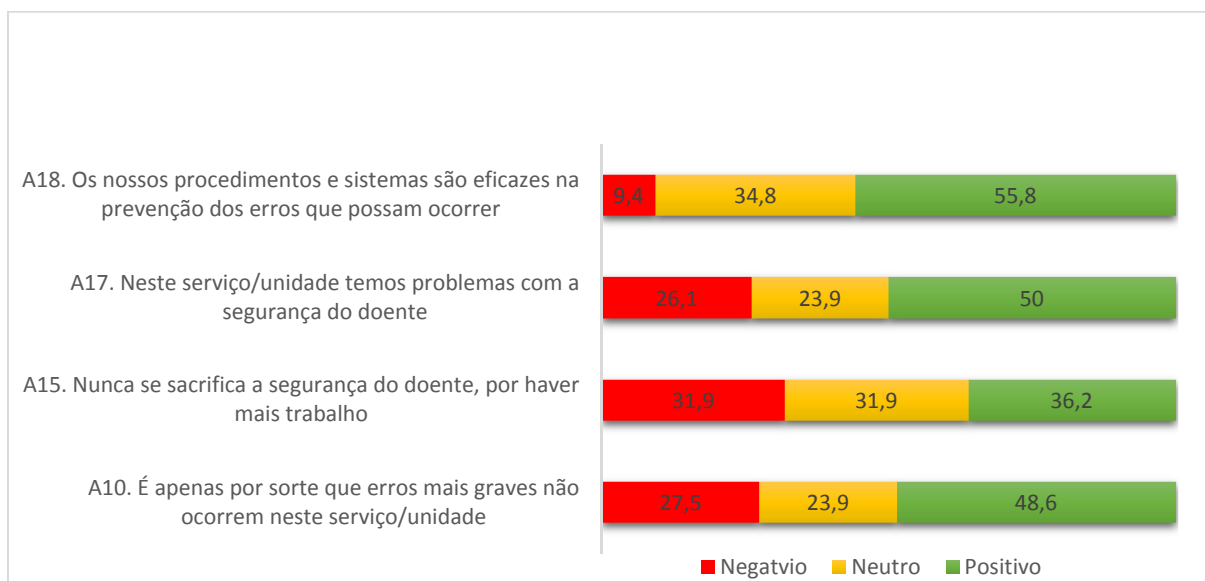
Perceções gerais sobre a segurança do doente

Relativamente à dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” é possível observar uma média de respostas positivas de 47.7% pelo é classificada como uma área problemática. Todos os itens da dimensão se apresentam como uma oportunidade para melhoria, com especial atenção para o item “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” com uma percentagem de respostas positivas de 36.2% (cf. Tabela 33, Gráfico 5).

Tabela 33 - Perceções gerais sobre a segurança do doente: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Perceções gerais sobre a segurança do doente	A10	27.5	23.9	48.6
	A15	31.9	31.9	36.2
	A17	26.1	23.9	50.0
	A18	9.4	34.8	55.8
	Média	23.7	28.6	47.7

Gráfico 5 - Percepções gerais sobre a segurança do doente: percentual de repostas



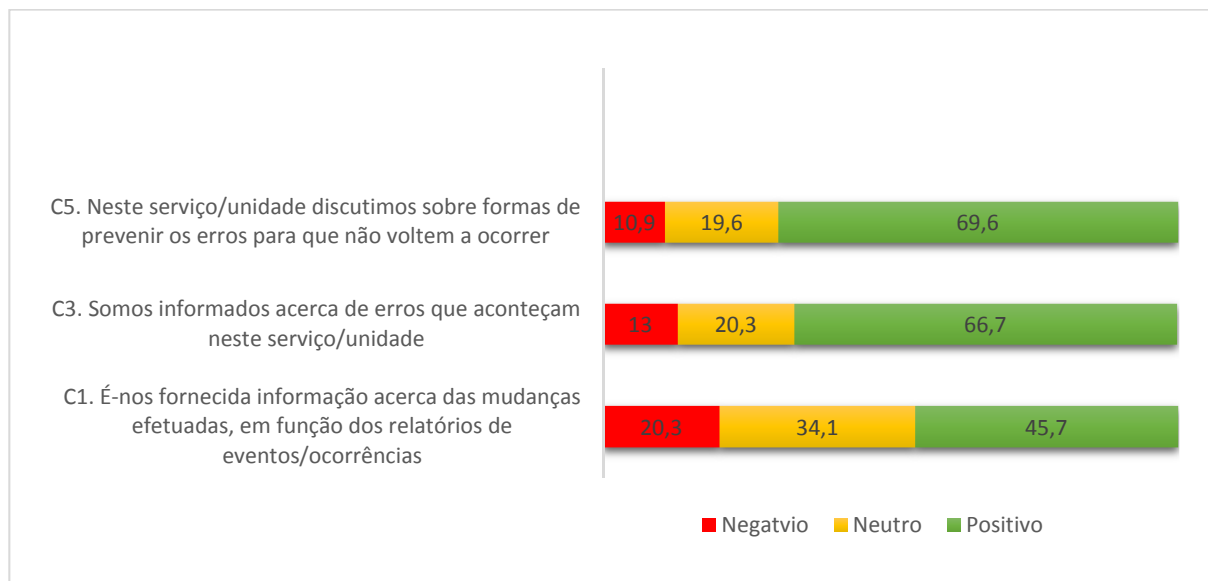
Comunicação e Feedback acerca do erro

Verificamos que a percentagem de repostas positivas na dimensão é de 60.7% sendo aceitável, mas com necessidade de melhoria. O item “É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências” constitui uma oportunidade de melhoria alertando-nos para uma área onde importante intervir. (cf. Tabela 34, Gráfico 6).

Tabela 34 - Comunicação e Feedback acerca do erro: percentagem de repostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Comunicação e Feedback acerca do erro	C1	20.3	34.1	45.7
	C3	13.0	20.3	66.7
	C5	10.9	19.6	69.6
	Média	14.7	24.7	60.7

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



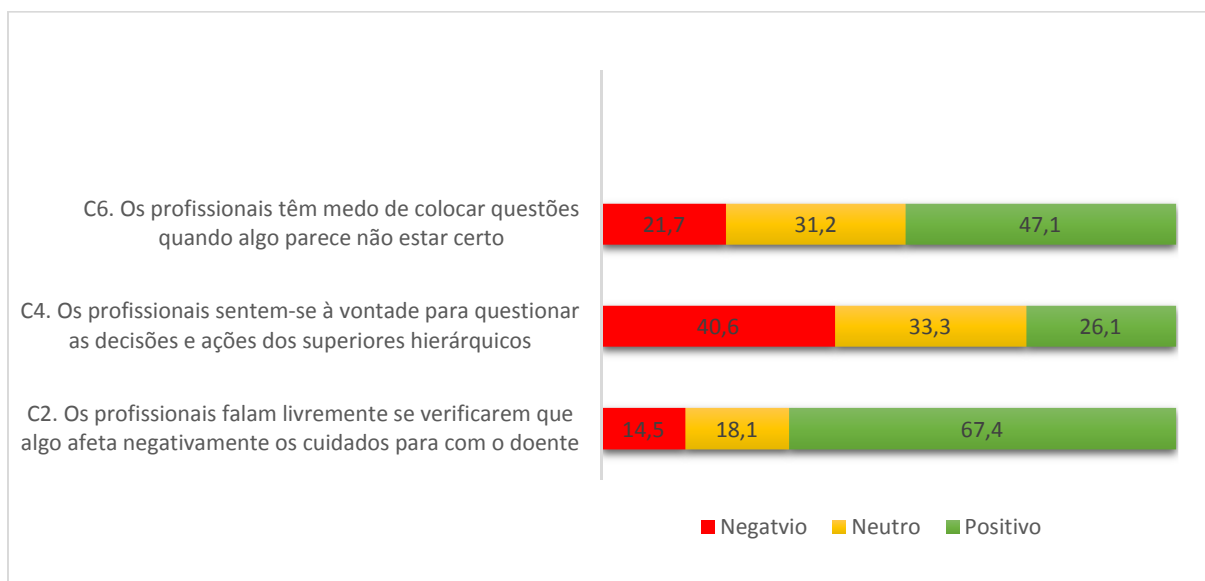
Abertura à comunicação

A percentagem de respostas positivas na dimensão é de 46.9% representado assim uma área problemática. O item “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” apresenta uma percentagem de respostas positivas de 67.4%, sendo aceitável. Os restantes itens surgem como áreas problemáticas 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 apenas de 26.1% (cf. Tabela 35, Gráfico 7).

Tabela 35 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Abertura à comunicação	C2	14.5	18.1	67.4
	C4	40.6	33.3	26.1
	C6	21.7	31.2	47.1
	Média	25.6	27.5	46.9

Gráfico 7 - Abertura à comunicação: percentagem de respostas



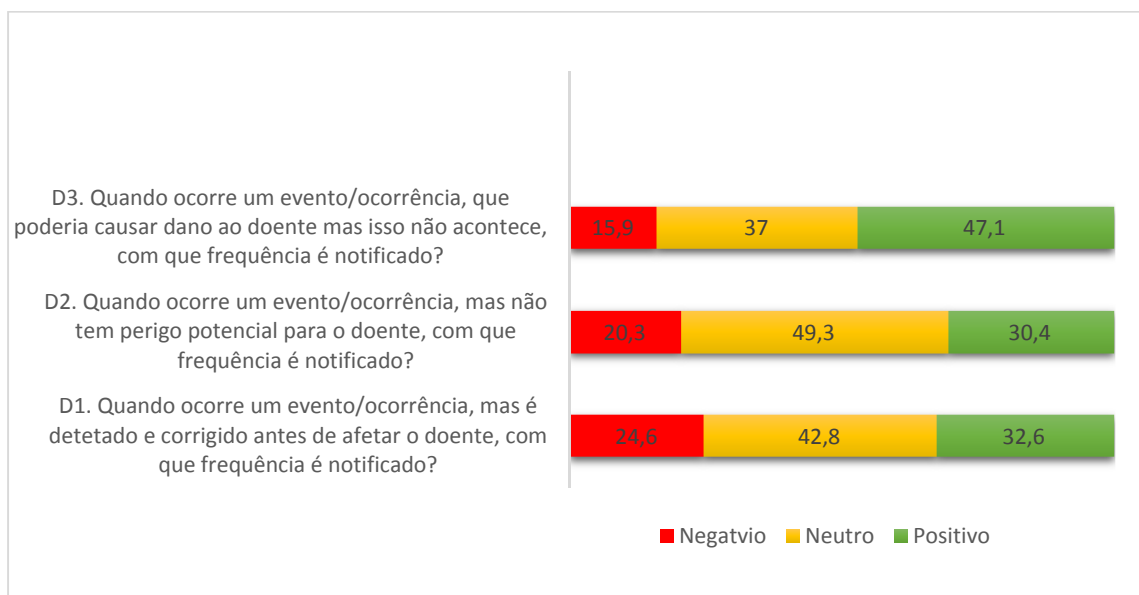
Frequência da notificação de eventos

A leitura da tabela 36 e gráfico 8, permite-nos inferir que a dimensão “Frequência da notificação de eventos” apresenta-se como um aspeto crítico carecendo de uma rápida intervenção, porque obteve apenas 36,7% de respostas positivas, com todos os seus itens abaixo dos 50% de respostas positivas.

Tabela 36 - Frequência da notificação de eventos: percentagem de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Frequência da notificação de eventos	D1	24.6	42.8	32.6
	D2	20.3	49.3	30.4
	D3	15.9	37.0	47.1
	Média	20.3	43.0	36.7

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



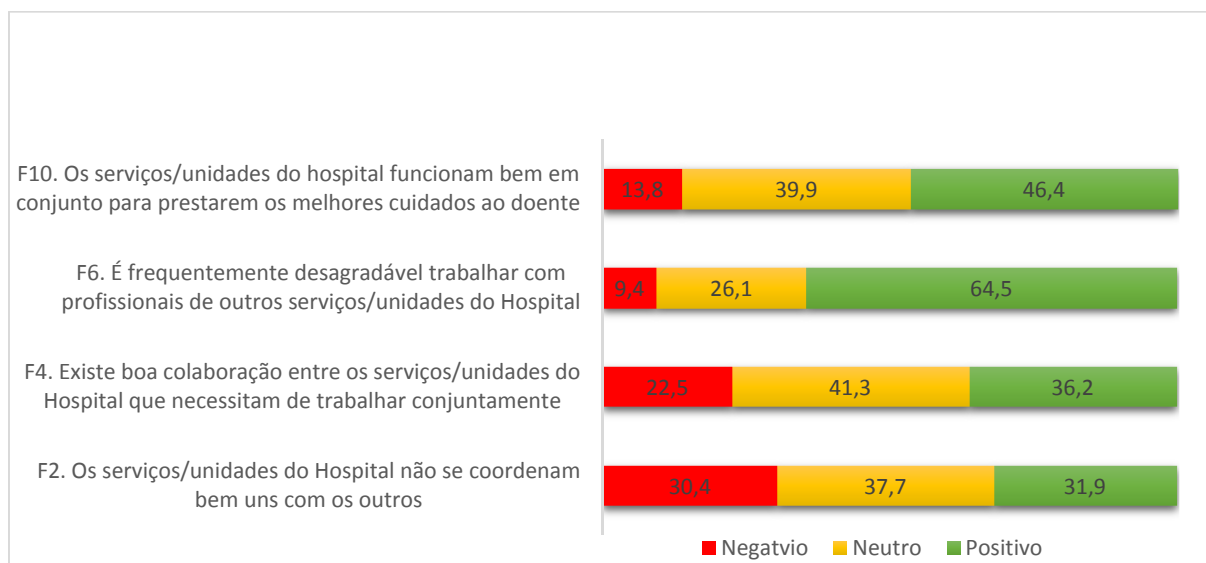
Trabalho entre as unidades

Verificamos que esta dimensão obteve apenas 44.8% de respostas positivas constituindo uma oportunidade de melhoria, onde é importante intervir. Com exceção do item “É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital” com uma percentagem de respostas positivas de 64.5%, todos os outros itens apresentam uma percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, o que vem reforçar a necessidade de intervenção (cf. Tabela 37, Gráfico 9).

Tabela 37 - Trabalho entre as unidades: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Trabalho entre as unidades	F2	30.4	37.7	31.9
	F4	22.5	41.3	36.2
	F6	9.4	26.1	64.5
	F10	13.8	39.9	46.4
	Média	19.0	36.3	44.8

Gráfico 9 - Trabalho entre as unidades: percentual de respostas



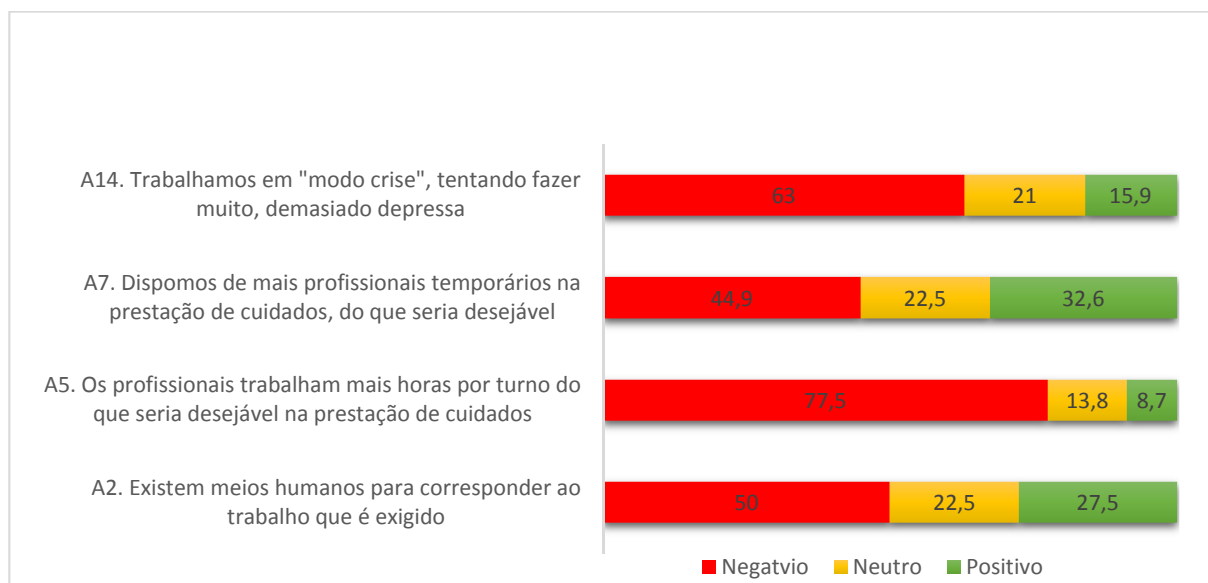
Dotação de Profissionais

Verificamos que esta dimensão representa um aspeto crítico, exigindo uma rápida intervenção pois obteve apenas 21.2% de respostas positivas, com todos os seus itens bastante abaixo do limiar de intervenção prioritária. De destacar o item “Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados” que apresenta 8.7% de respostas positivas, representado a área com maior urgência de intervenção (cf. Tabela 38, Gráfico 10).

Tabela 38 - Dotação de Profissionais: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Dotação de Profissionais	A2	50.0	22.5	27.5
	A5	77.5	13.8	8.7
	A7	44.9	22.5	32.6
	A14	63.0	21.0	15.9
	Média	58.9	20.0	21.2

Gráfico 10 - Dotação de Profissionais: percentual de respostas



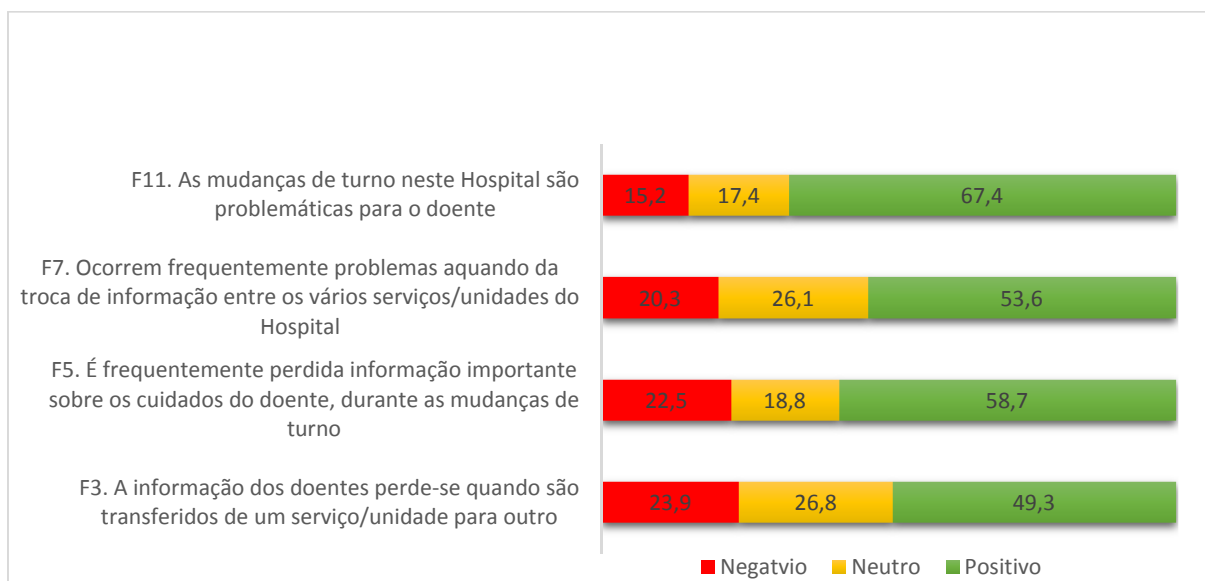
Transições

Verificamos que a dimensão se enquadra dentro das aceitáveis, com uma percentagem de respostas positivas de 57.3%. Todos os itens apresentam percentagens de respostas positivas superiores a 50% com exceção do item “A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro” que apresenta uma percentagem de 49.3, revelando assim uma oportunidade de melhoria (cf. Tabela 39, Gráfico 11).

Tabela 39 - Transições: percentual de respostas

Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Transições	F3	23.9	26.8	49.3
	F5	22.5	18.8	58.7
	F7	20.3	26.1	53.6
	F11	15.2	17.4	67.4
	Média	20.5	22.3	57.3

Gráfico 11 - Transições: percentual de respostas



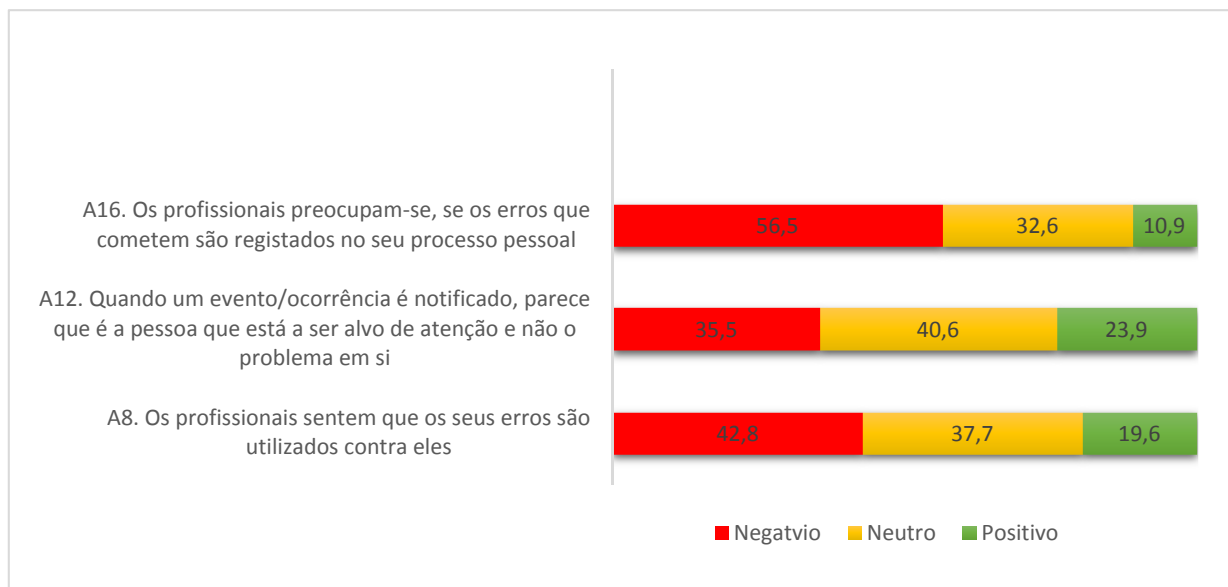
Resposta ao erro não punitiva

A leitura da tabela 40 e gráfico 12, permite-nos inferir que a dimensão “Resposta ao erro não punitiva” constitui uma oportunidade de melhoria exigindo rápida intervenção, tendo obtido apenas 18.1% de respostas positivas, com todos os seus itens bastante abaixo do nível aceitável.

Tabela 40 - Resposta ao erro não punitiva: percentagem de respostas

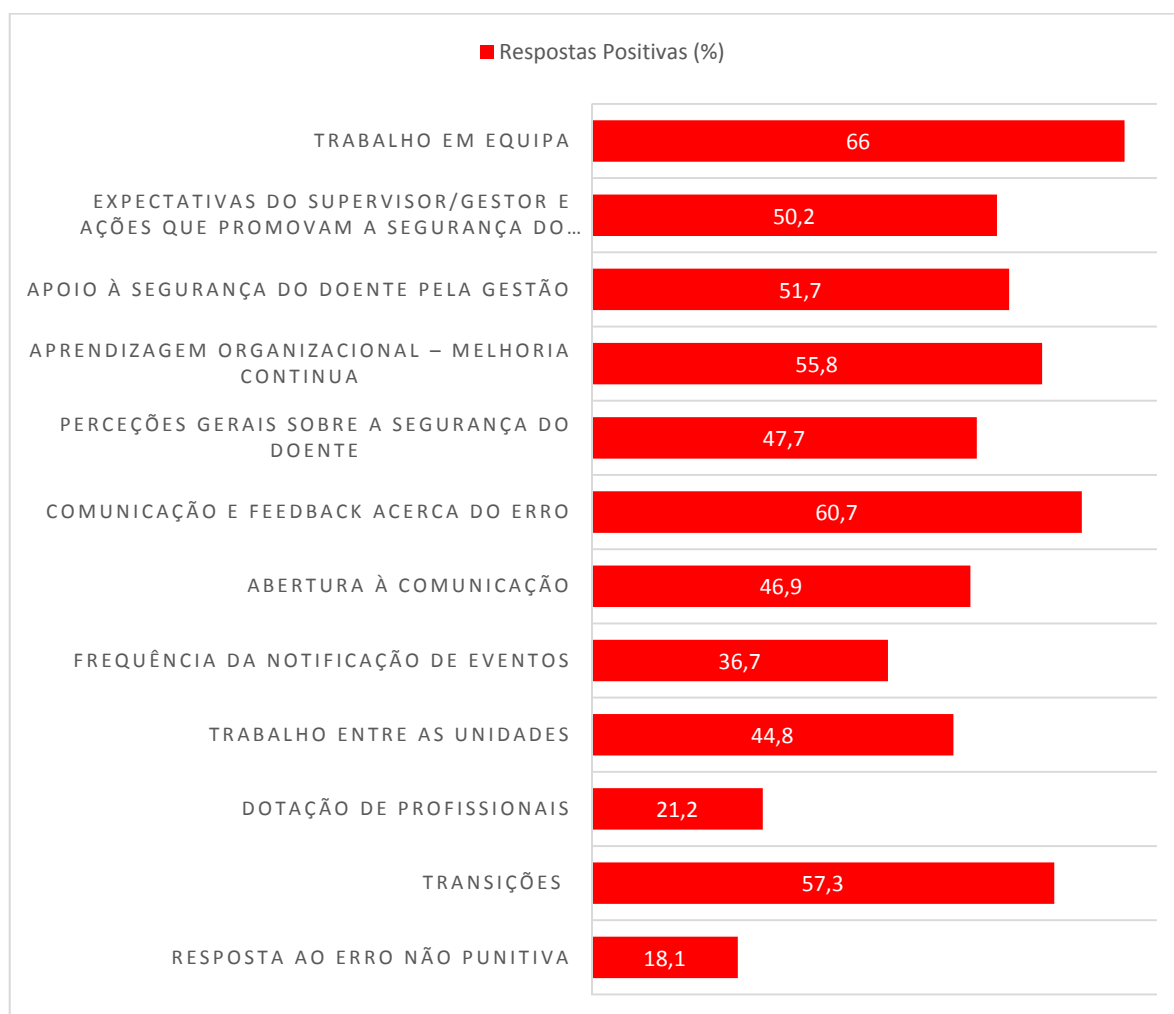
Dimensão	Itens	Negativo (%)	Neutro (%)	Positivo (%)
Resposta ao erro não punitiva	A8	42.8	37.7	19.6
	A12	35.5	40.6	23.9
	A16	56.5	32.6	10.9
	Média	44.9	37.0	18.1

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



Após a análise das 12 dimensões da cultura de segurança, expomos de seguida a visão geral desta avaliação, de modo a percebermos quais os pontos fortes e quais as oportunidades de melhoria reveladas através da aplicação da escala. Pudemos inferir que nenhuma dimensão atingiu a percentagem de respostas positivas necessárias para ser considerada como um ponto forte (muito bom nível) na cultura de segurança. Através da análise do gráfico XX podemos depreender que existem seis dimensões (“Perceções gerais sobre a segurança do doente”; “Abertura à comunicação”; “Frequência da notificação de eventos”; “Trabalho entre as unidades”; “Dotação de Profissionais”; “Resposta ao erro não punitiva”) com percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, constituindo pontos críticos com carência de uma intervenção prioritária. A percentagem de respostas positivas das remanescentes dimensões situa-se entre os 50,2% e 66%, sendo consideradas “aceitáveis”, contudo a necessitar de melhoria (cf. Gráfico 13).

Gráfico 13 - Respostas positivas por dimensão (%)



No que diz respeito à percepção do grau de segurança do doente, apuramos que metade dos inquiridos (50%) a considerou como “Muito Boa”, e 44.2% como “Aceitável”. Apenas 1 elemento de um universo de 138 enfermeiros considerou o grau de segurança do doente como muito fraco (0.7%).

Tabela 41 - Grau de segurança do doente

Grau de segurança do doente	N	%
Excelente	5	3.6
Muito Boa	69	50.0
Aceitável	61	44.2
Fraca	2	1.4
Muito fraca	1	0.7

A análise da tabela 42 permite-nos observar que a 67 enfermeiros não fizeram nenhuma notificação de eventos nos últimos 12 meses (48.6%). Contudo a maioria dos enfermeiros 71 (51.4%) notificaram algum tipo de evento no último ano. Desses 41 (29.7%) notificaram 1 a 2 eventos e 30 (21.7%) notificaram 3 ou mais evento.

Tabela 42 - Número de eventos notificados nos últimos 12 meses

Número de eventos	N	%
Nenhum	67	48.6
1 a 2	41	29.7
≥ 3	30	21.7

Estatísticas da escala de cultura de segurança dos doentes no hospital

A análise da tabela 43 permite-nos observar que o valor médio obtido na escala da segurança varia entre $7.95 \leq \bar{x} \leq 14.46$, com um desvio padrão de $1.83 \geq dp \geq 3.12$, registando-se um mínimo de 3.00 e um máximo de 20.00. Para o fator **trabalho em equipa** a pontuação média obtida foi de 14.46 ($Dp=2.24$), com um mínimo de 6.00 e um máximo de 20.00. A distribuição mostra uma dispersão média ($CV=15,49\%$), simétrica ($Sk/erro=0.21$) e mesocúrtica ($K/erro=0.41$). O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov dá um valor de $p = 0,000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. Na **expectativa do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente** a média de pontos obtidos é de 13.33 com um desvio padrão de 2.46, registando um valor mínimo de 6.00 e um máximo de 18.00. Os resultados indicam uma dispersão média ($CV=18.47\%$), simétrica ($Sk/erro=0.21$) mesocúrtica ($K/erro=0.41$), assim, não preenche os critérios de normalidade, este resultado foi validado pelo valor de p obtido neste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S)= 0,000$). No parâmetro **apoio a segurança do doente pela gestão** obtivemos uma pontuação média de 10.04 ($Dp=2.16$), com um mínimo de 3.00 e um máximo de 14.00. A distribuição indica uma dispersão média ($CV= 21.48\%$), sendo simétrica ($Sk/erro=0.21$) e mesocúrtica ($K/erro=0.41$). A distribuição não cumpriu, portanto, os requisitos de normalidade, apresentando um valor de p no teste de Kolmogorov-Smirnov de 0,000. O fator **aprendizagem organizacional – melhoria continua** apresenta uma pontuação média de 10.35 ($Dp=2.04$), registando um valor mínimo de 3.00 e um valor máximo de 15.00. A dispersão revelou-se média ($CV=19.70\%$), sendo simétrica ($Sk/erro=0.21$) e mesocúrtica ($K/erro=0,41$). O valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$) corroborou a violação dos pressupostos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo. Para as **percepções gerais sobre a segurança do doente** a pontuação média obtida foi de 13.08 ($Dp=2.77$), com um mínimo de 5.00 e um máximo de 19.00. A distribuição apresenta uma dispersão média

(CV=21.17%), simétrica (Sk/erro=0.21) e mesocúrtica (K/erro=0.41). O teste de normalidade de Kolmogorov- Smirnov dá um valor de $p = 0,000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. No âmbito da **comunicação e feedback acerca do erro** a média de pontos obtidos é de 10.43 com um desvio padrão de 1.83, registando um valor mínimo de 4.00 e um máximo de 15.00. A distribuição revela uma dispersão média (CV=15,56%), simétrica (Sk/erro=0.21) mesocúrtica (K/erro=0.41), assim, não preenche os critérios de normalidade, este resultado foi validado pelo valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S)=0,000$). Para o fator **abertura na comunicação** a pontuação média obtida foi de 9.62 (Dp=2.10), com um mínimo de 4.00 e um máximo de 14.00. A distribuição indicia uma dispersão média (CV=21.83%), simétrica (Sk/erro=0.21) e mesocúrtica (K/erro=0.41). O teste de normalidade de Kolmogorov- Smirnov dá um valor de $p = 0,000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. A **frequência da comunicação** obteve uma pontuação média de 9.59 (Dp=2.20), com um mínimo de 3.00 e um máximo de 15.00. A distribuição expõe uma dispersão média (CV=22.97%), simétrica (Sk/erro=-0.21) e mesocúrtica (K/erro=0.41). O teste de normalidade de Kolmogorov- Smirnov dá um valor de $p = 0,000$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. O fator **trabalho entre unidades** expõe uma pontuação média de 13.10 (Dp=2.55), registando um valor mínimo de 4.00 e um valor máximo de 18.00. A dispersão revelou-se média (CV=19.44%), sendo simétrica (Sk/erro=0.21) e mesocúrtica (K/erro=0.41). O valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$) corroborou a violação dos pressupostos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo. No âmbito da **dotação profissional** a pontuação média obtida foi de 9.63 (Dp=3.12), com um mínimo de 4.00 e um máximo de 17.00. A distribuição indica uma dispersão alta (CV=32.38%), simétrica (Sk/erro=0.21) e mesocúrtica (K/erro=0.41). O teste de normalidade de Kolmogorov- Smirnov dá um valor de $p = 0,001$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade. O fator **transições** apresenta uma pontuação média de 13.71 (Dp=2.70), registando um valor mínimo de 5.00 e um valor máximo de 20.00. A dispersão revelou-se média (CV=19.66%), sendo simétrica (Sk/erro=0.21) e leptocúrtica (K/erro=0.41). O valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$) corroborou a violação dos pressupostos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo. Por último, o fator **resposta ao erro não punitiva** tem uma pontuação média de 7.95 (Dp=2.00), registando um valor mínimo de 3.00 e máximo de 12.00. A dispersão revelou-se média (CV=25.17%), sendo simétrica (Sk/erro=0.21) e mesocúrtica (K/erro=-0.41). O teste de normalidade de Kolmogorov- Smirnov dá um valor de $p = 0,002$, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade.

Tabela 43 - Estatísticas relativas à escala de Cultura de Segurança

Segurança Variáveis	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Trabalho em equipa	6.00	20.00	14.46	2.24	15.49	0.21	0.41	0.000
Expetativa do supervisor	6.00	18.00	13.33	2.46	18.47	0.21	0.41	0.000
Apoio/segurança	3.00	14.00	10.04	2.16	21.48	0.21	0.41	0.000
Aprendizagem	3.00	15.00	10.35	2.04	19.70	0.21	0.41	0.000
Perceções de segurança	5.00	19.00	13.08	2.77	21.17	0.21	0.41	0.000
Comunicação	4.00	15.00	10.43	1.83	15.56	0.21	0.41	0.000
Abertura comunicação	4.00	14.00	9.62	2.10	21.83	0.21	0.41	0.000
Frequência comunicação	3.00	15.00	9.59	2.20	22.97	0.21	0.41	0.000
Trabalho entre unidades	4.00	18.00	13.10	2.55	19.44	0.21	0.41	0.000
Dotação profissional	4.00	17.00	9.63	3.12	32.38	0.21	0.41	0.001
Transições	5.00	20.00	13.71	2.70	19.66	0.21	0.41	0.000
Resposta ao erro	3.00	12.00	7.95	2.00	25.17	0.21	0.41	0.002

Os valores das variáveis da escala e as correlações ente os doze fatores foram avaliados pela Matriz de Correlação de Pearson (Tabela 44). A configuração de cada dimensão da cultura de segurança reflete-se nos valores relacionados entre si. Correlações com valores compostos inferiores a 0.2 indicam que as duas variáveis da escala da cultura de segurança se correlacionam entre si de forma fraca. As correlações com valores superiores a 0.85 indicam que as variáveis medem o mesmo conceito, e estas dimensões podiam ser combinadas e alguns itens eliminados. A correlação entre os doze fatores e a pontuação global da escala oscilou entre -0.006 (F8 vs F12) e 0,905 (F5 vs F6). A *frequência de comunicação* assume os valores mais baixos de correlação (-0.006), refletindo uma fraca relação entre as dimensões. A *perceções gerais sobre a segurança do doente* é o fator que assume os valores mais elevados considerando as variáveis avaliadas.

Tabela 44 - Correlação de Pearson entre os fatores da escala de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais

Dimensões Cultura de Segurança	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Trabalho em equipa	1	0.301	0.221	0.307	0.354	0.295	0.163	0.028	0.386	0.182	0.252	0.315
Expetativa do supervisor / gestor e ações que promovem a segurança do doente		1	0.449	0.474	0.501	0.340	0.439	0.169	0.352	0.335	0.267	0.422
Apoio a segurança do doente pela gestão			1	0.404	0.450	0.331	0.323	0.043	0.464	0.364	0.244	0.341
Aprendizagem organizacional – melhoria continua				1	0.544	0.456	0.319	0.151	0.427	0.211	0.147	0.226
Perceções gerais sobre a segurança do doente					1	0.905	0.355	0.313	0.509	0.342	0.378	0.281

Comunicação e feedback acerca do erro	1	0.274	0.319	0.412	0.232	0.320	0.120
Abertura na comunicação		1	0.061	0.208	0.101	0.134	0.227
Frequência de notificação			1	0.147	0.112	0.151	-0.006
Trabalho entre unidades				1	0.323	0.575	0.274
Dotação profissional					1	0.290	0.314
Transições						1	0.153
Resposta ao erro não punitiva							1

Procuramos, entretanto, saber em que medida o sexo discriminava a cultura de segurança nos hospitais. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores no sexo masculino em todas as dimensões da escala com exceção da comunicação e feedback acerca do erro, trabalho entre unidades e nas transições, não existindo significância estatística (tabela 45).

Tabela 45 - Teste de U Mann - Whitney entre o sexo dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Cultura de segurança	Sexo	Feminino	Masculino	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Trabalho em equipa		69.50	69.48	1658.000	0.998
Expectativa do supervisor		70.01	67.73	1603.500	0.777
Apoio/segurança		70.88	66.42	1510.500	0.445
Aprendizagem		70.39	66.42	1563.000	0.621
Perceções de segurança		70.71	65.32	1529.000	0.506
Comunicação		69.65	68.98	1642.500	0.933
Abertura comunicação		70.37	66.48	1565.000	0.630
Frequência notificação		72.56	58.94	1331.000	0.088
Trabalho entre unidades		69.12	70.81	1618.000	0.835
Dotação profissional		69.89	68.16	1617.000	0.831
Transições		67.82	75.29	1479.000	0.355
Resposta ao erro		70.95	64.50	1503.500	0.424

No intuito de verificarmos se a idade dos enfermeiros influencia a cultura de segurança nos hospitais efetuamos um teste t para diferença de médias. Notamos pelo teste de Levene que as variâncias não são homogêneas e pelos índices médios observa-se que os enfermeiros até aos 30 anos, apresentam uma melhor cultura de segurança, no que diz respeito ao trabalho em equipa, apoio a segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional – melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, transições e resposta ao erro não punitiva. No que diz respeito as subescalas de expectativa do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, abertura na comunicação, frequência de notificação, trabalho entre

unidades, e dotação profissional os enfermeiros > 30 anos apresentam uma melhor cultura de segurança. Contudo não existem diferenças estatísticas significativas (Tabela 46).

Tabela 46 - Teste t para diferenças médias entre a idade dos enfermeiros e a cultura de segurança nos hospitais

Idade	até 30 Anos		>30 Anos		Levene p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Cultura de segurança							
Trabalho em equipa	14.58	2.12	14.35	2.37	0.391	0.606	0.545
Expetativa do supervisor	13.26	2.39	13.39	2.54	0.961	-0.310	0.757
Apoio/segurança	10.16	1.97	9.93	2.34	0.106	0.630	0.530
Aprendizagem	10.55	1.83	10.14	2.22	0.350	1.171	0.244
Perceções de segurança	13.14	2.75	13.01	2.81	0.883	0.276	0.783
Comunicação	10.42	1.89	10.45	1.79	0.673	-0.093	0.926
Abertura comunicação	9.51	2.13	9.74	2.08	0.953	-0.647	0.519
Frequência notificação	9.54	2.11	9.65	2.31	0.525	-0.308	0.759
Trabalho das unidades	12.94	2.56	13.26	2.54	0.350	-0.734	0.464
Dotação profissional	9.55	3.03	9.71	3.23	0.420	-0.299	0.765
Transições	13.77	2.59	13.67	2.81	0.200	0.220	0.826
Resposta ao erro	8.10	1.86	7.80	2.13	0.181	0.893	0.374

Com o propósito de verificarmos se o estado civil dos enfermeiros influencia a cultura de segurança nos hospitais efetuamos um teste t para diferença de médias. Notamos pelo teste de Levene que as variâncias não são homogéneas e pelos índices médios observa-se que os enfermeiros solteiros / divorciados, apresentam melhores resultados relativamente ao trabalho em equipa, aprendizagem organizacional – melhoria continua, perceções gerais sobre a segurança do doente, abertura na comunicação e frequência de notificação. Contudo não existem diferenças estatísticas significativas. (Tabela 47).

Tabela 47 - Teste t para diferenças médias entre o estado civil dos enfermeiros e a cultura de segurança nos hospitais

Estado Civil	Solteiro/ Divorciado		Casado		Levene p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Cultura de segurança							
Trabalho em equipa	14.48	2.51	14.45	1.92	0.124	0.087	0.931
Expetativa do supervisor	13.12	2.56	13.55	2.35	0.435	-1.026	0.307
Apoio/segurança	10.03	2.20	10.06	2.13	0.799	-0.092	0.926
Aprendizagem	10.41	2.26	10.28	1.77	0.195	0.384	0.701
Perceções de segurança	13.11	2.92	13.05	2.61	0.495	0.134	0.894
Comunicação	10.38	1.96	10.49	1.69	0.256	-0.347	0.729
Abertura comunicação	9.73	1.95	9.51	2.21	0.163	0.608	0.544
Frequência notificação	9.77	2.20	9.40	2.21	0.632	0.977	0.330
Trabalho das unidades	13.07	2.52	13.14	2.60	0.297	-0.161	0.873
Dotação profissional	9.30	2.86	10.00	3.37	0.224	-1.317	0.190
Transições	13.70	2.78	13.74	2.62	0.880	-0.086	0.931
Resposta ao erro	7.92	2.07	7.98	1.94	0.450	-0.195	0.846

Procuramos saber em que medida as habilitações literárias determinavam a cultura de segurança nos hospitais. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nos enfermeiros que possuem o mestrado em todas as dimensões da

escala com exceção Aprendizagem organizacional – melhoria continua, Percepções gerais sobre a segurança do doente, Comunicação e feedback acerca do erro e Frequência de notificação, não existindo significância estatística (tabela 48).

Tabela 48 - Teste de U Mann - Whitney entre as habilitações literárias dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Habilitações literárias	Licenciatura	Mestrado	UMW	p
Cultura de segurança	Ordenação Média	Ordenação Média		
Trabalho em equipa	68.49	88.43	326.000	0.193
Expetativa do supervisor	69.06	77.71	401.000	0.573
Apoio/segurança	68.94	80.07	384.500	0.467
Aprendizagem	70.45	51.71	334.000	0.220
Percepções de segurança	68.63	85.86	344.000	0.263
Comunicação	69.83	63.36	415.500	0.669
Abertura comunicação	68.03	97.07	265.500	0.058
Frequência notificação	70.16	57.14	372.000	0.391
Trabalho das unidades	69.21	75.00	420.000	0706
Dotação profissional	68.09	95.93	273.500	0.071
Transições	68.94	80.00	385.000	0.472
Resposta ao erro	69.10	76.93	406.500	0.610

Procurou-se também determinar em que medida os anos de experiência profissional influenciam a cultura de segurança nos hospitais. Conforme resultados da tabela 49 notamos que as médias mais elevadas se concentram nos enfermeiros com ≤ 5 anos de experiência profissional no que se refere, ao trabalho em equipa, apoio a segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional – melhoria continua, percepções gerais sobre a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, trabalho entre unidades, transições e resposta ao erro não punitiva. Na frequência de notificação as médias são superiores no grupo com 6 – 10 anos de experiencia profissional. A expetativa do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente , abertura da comunicação e dotação profissional é superior no grupo com mais de 10 anos de experiencia profissional. O valor de F é explicativo demonstrando que há diferenças significativas entre os anos de experiência profissional nas sub-escalas da cultura de segurança nos hospitais. O teste post hoc de Tukey demonstrou, que essas diferenças se situam no trabalho em equipa no grupo 1 e 2 ($p=0,042$).

Tabela 49 - Teste Anova entre os anos de experiência profissional dos enfermeiros e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Anos de experiência profissional Cultura de segurança	≤5 Anos (1)		6 – 10 Anos (2)		>10 Anos (3)		f	P	Teste Tukey (p)		
	Med	dp	Med	dp	Med	dp			1/2	1/3	2/3
Trabalho em equipa	15.00	2.22	13.92	2.21	14.54	2.18	3.015	0.052	0.042	n.s.	n.s.
Expetativa do supervisor	13.35	2.40	13.19	2.62	13.49	2.36	0.162	0.850	n.s.	n.s.	n.s.
Apoio/segurança	10.35	2.18	9.81	2.17	9.97	2.13	0.822	0.442	n.s.	n.s.	n.s.
Aprendizagem	10.69	1.87	10.15	2.14	10.19	2.09	1.026	0.361	n.s.	n.s.	n.s.
Perceções de segurança	13.40	2.70	13.08	3.23	12.68	2.07	0.704	0.496	n.s.	n.s.	n.s.
Comunicação	10.71	1.86	10.34	1.83	10.22	1.81	0.868	0.422	n.s.	n.s.	n.s.
Abertura comunicação	9.85	2.02	9.09	2.022	10.08	2.20	2.930	0.057	n.s.	n.s.	n.s.
Frequência notificação	9.33	2.18	9.94	1.97	9.43	2.53	1.103	0.335	n.s.	n.s.	n.s.
Trabalho das unidades	13.33	2.60	12.74	2.57	13.32	2.46	0.885	0.415	n.s.	n.s.	n.s.
Dotação profissional	8.93	2.74	9.98	3.48	10.03	2.95	1.842	0.162	n.s.	n.s.	n.s.
Transições	14.27	2.33	13.38	2.93	13.49	2.74	1.582	0.209	n.s.	n.s.	n.s.
Resposta ao erro	8.38	1.90	7.64	2.00	7.84	2.08	1.791	0.171	n.s.	n.s.	n.s.

Para avaliação de como o serviço / unidade onde os enfermeiros exercem funções influencia a cultura de segurança nos hospitais recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis (tabela 51). A análise das ordenações médias obtidas mostra que, no que diz respeito ao Trabalho em equipa, Expetativa 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, Comunicação e feedback acerca do erro, Trabalho entre unidades, Dotação profissional e Resposta ao erro não punitiva são os enfermeiros da UCI / UCIP que possuem uma melhor cultura de segurança. Enquanto na Abertura na comunicação, Frequência de notificação e Transições são os enfermeiros de outros serviços que apresentam as melhores ordenações médias. Encontramos diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da cultura de segurança exceto na Frequência de Notificação ($p=0.469$ -n.s.).

Pela análise dos resultados do teste post hoc de Tukey concluímos que as diferenças com significância estatística se localizam, no fator 1 entre os grupos 1 e 3 ($p=0,037$), 1 e 5 ($p=0,000$), 2 e 5 ($p=0,000$), 3 e 5 ($p=0,016$), 4 e 5 ($p=0,000$), 5 e 6 ($p=0,006$). No fator 2 entre os grupos 1 e 5 ($p=0,003$), 5 e 6 ($p=0,029$). No fator 3 entre os grupos 1 e 5 ($p=0,037$). No fator 4 entre os grupos 1 e 2 ($p=0,017$), 1 e 5 ($p=0,002$). No fator 5 entre os grupos 1 e 2 ($p=0,001$), 1 e 4 ($p=0,001$), 1 e 5 ($p=0,000$), 2 e 6 ($p=0,066$), 3 e 5 ($p=0,019$), 4 e 5 ($p=0,053$), 5 e 6 ($p=0,001$). No fator 6 entre os grupos 1 e 5 ($p=0,003$), 2 e 5 ($p=0,000$), 4 e 5 ($p=0,002$). No fator 7 entre os grupos 2 e 3 ($p=0,004$), 2 e 4 ($p=0,002$). No fator 9 entre os grupos 1 e 5 ($p=0,011$), 2 e 4 ($p=0,039$), 2 e 5 ($p=0,001$). No fator 10 entre o grupo 1 e 4 ($p=0,018$), 1 e 5 ($p=0,000$), 2 e 5 ($p=0,000$), 3 e 4 ($p=0,001$) 3 e 5 ($p=0,000$), 4 e 5 ($p=0,070$), 4 e 6 ($p=0,017$) 5 e 6 ($p=0,000$). No fator 11 entre os grupos 1 e 6 ($p=0,031$), 2 e 6 ($p=0,018$), 3 e 6 ($p=0,033$). No fator 12 entre os grupos 1 e 2 ($p=0,041$), 1 e 5 ($p=0,003$), 4 e 5 ($p=0,031$).

Tabela 50 - Teste de Kruskal-Wallis entre o serviço / unidade onde os enfermeiros exercem funções e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Serviço / Unidade	Bloco (1) Ord, média	Cirurgia (2) Ord, média	Medicina (3) Ord, média	Urgência (4) Ord, média	UCI / UCIP (5) Ord, média	Outros (6) Ord, média	x ²	p
Trabalho em equipa	43.81	64.28	76.41	54.42	110.65	68.75	42.912	0.000
Expetativa do supervisor	49.29	72.98	80.24	63.66	90.85	50.29	18.020	0.003
Apoio/segurança	51.81	71.70	58.32	80.27	85.17	48.13	15.650	0.008
Aprendizagem	44.57	79.27	62.74	70.91	87.96	54.54	18.250	0.003
Perceções de segurança	36.43	77.02	64.56	77.66	92.85	43.25	31.549	0.000
Comunicação	57.74	52.57	77.03	60.19	97.71	85.46	25.566	0.000
Abertura comunicação	79.38	91.07	49.18	54.22	70.92	64.75	19.719	0.001
Frequência notificação	59.76	61.25	74.56	71.48	77.33	77.75	4.579	0.469
Trabalho das unidades	54.60	51.75	69.09	80.08	91.96	63.67	19.892	0.001
Dotação profissional	51.71	62.67	40.56	82.08	106.40	45.21	44.130	0.000
Transições	55.45	55.55	54.03	78.44	83.38	96.96	19.531	0.002
Resposta ao erro	47.07	78.52	81.12	58.44	88.58	57.92	19.382	0.002

Tabela 51 - Teste turkey

Teste Tukey (p)	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	2/3	2/4	2/5	2/6	3/4	3/5	3/6	4/5	4/6	5/6
Trabalho em equipa	n.s	0.037	n.s	0.000	n.s	n.s	n.s	0.000	n.s	n.s	0.016	n.s	0.000	n.s	0.006
Expetativa do supervisor	n.s	n.s	n.s	0.003	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	0.029
Apoio/segurança	n.s	n.s	n.s	0.037	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Aprendizagem	0.017	n.s	n.s	0.002	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Perceções de segurança	0.001	n.s	0.001	0.000	n.s	n.s	n.s	n.s	0.066	n.s	0.019	n.s	n.s	0.053	0.001
Comunicação	n.s	n.s	n.s	0.003	n.s	n.s	n.s	0.000	n.s	n.s	n.s	n.s	0.002	n.s	n.s
Abertura comunicação	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	0.004	0.002	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Frequência notificação	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Trabalho das unidades	n.s	n.s	n.s	0.011	n.s	n.s	0.039	0.001	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
Dotação profissional	n.s	n.s	0.018	0.000	n.s	n.s	n.s	0.000	n.s	0.001	0.000	n.s	0.070	0.017	0.000
Transições	n.s	n.s	n.s	n.s	0.031	n.s	n.s	n.s	0.018	n.s	n.s	0.033	n.s	n.s	n.s
Resposta ao erro	0.041	n.s	n.s	0.003	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	0.031	n.s	n.s

Procuramos saber em que medida o conhecimento da existência de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade discriminava a cultura de segurança nos hospitais. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram maiores nos enfermeiros que tinham conhecimento da existência de um departamento de qualidade em todas as dimensões da escala com exceção da Frequência notificação, não

existindo significância estatística (tabela 52).

Tabela 52 - Teste de U Mann - Whitney entre a Notificação de acidentes - Departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Departamento de qualidade	Sim		Não	
	Ordenação Média	Ordenação Média	UMW	p
Cultura de segurança				
Trabalho em equipa	70.09	49.75	189.000	0.310
Expetativa do supervisor	70.14	48.13	182.500	0.273
Apoio/segurança	69.88	56.88	217.500	0.517
Aprendizagem	70.47	36.88	137.500	0.093
Perceções de segurança	70.16	47.25	179.000	0.255
Comunicação	70.29	43.00	162.000	0.168
Abertura comunicação	69.90	56.25	215.000	0.496
Frequência notificação	69.46	70.88	262.500	0.943
Trabalho das unidades	70.27	43.63	164.500	0.185
Dotação profissional	69.65	64.63	248.500	0.804
Transições	70.18	46.75	177.000	0.244
Resposta ao erro	70.16	47.50	180.000	0.259

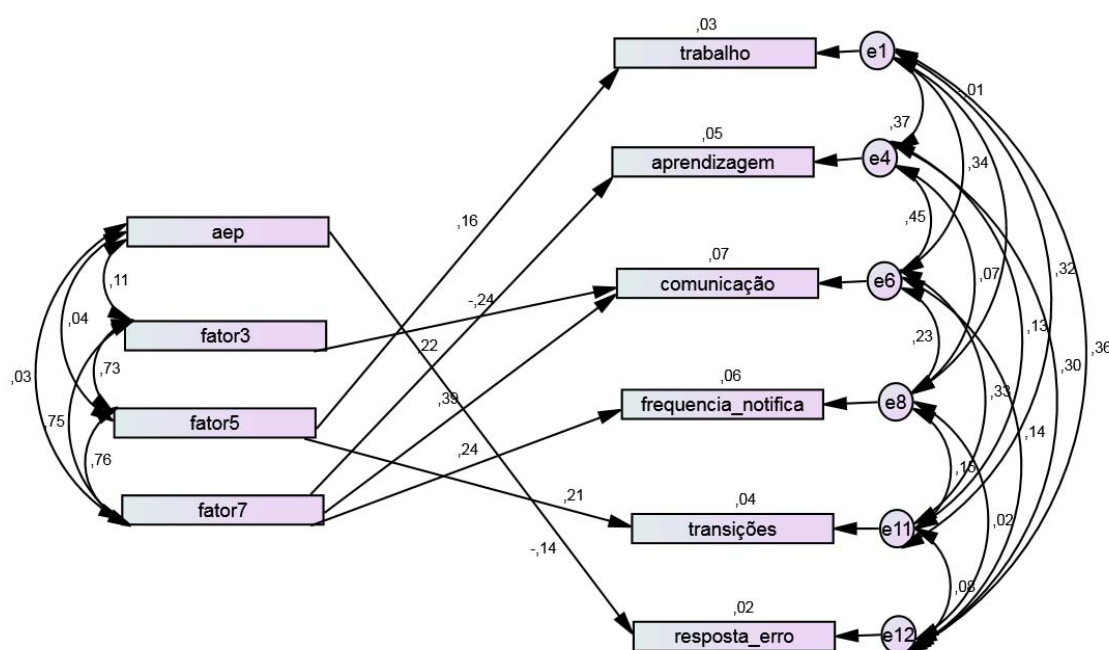
A variável em estudo na tabela 53 é o conhecimento da existência, na instituição, de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos. Esta variável foi, igualmente, recodificada em dois grupos: enfermeiros com conhecimento e enfermeiros sem conhecimento. Realizado o teste de UMW verificou-se que as ordenações médias eram menores nos enfermeiros com conhecimento em todas as dimensões da escala com exceção da Expetativa do supervisor / gestor e ações que promovam a segurança do doente, Aprendizagem organizacional – melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, Trabalho entre unidades e Transições, não existindo significância estatística (tabela 53).

Tabela 53 - Teste de U Mann - Whitney entre a Notificação de acidentes - Sistema de notificação de incidentes e eventos adversos e as dimensões da escala de cultura de segurança nos hospitais

Sistema de Notificação	Sim		Não	
	Ordenação Média	Ordenação Média	UMW	p
Cultura de segurança				
Trabalho em equipa	69.10	78.33	343.000	0.575
Expetativa do supervisor	70.06	57.08	321.500	0.432
Apoio/segurança	69.02	80.00	333.000	0.506
Aprendizagem	70.16	55.00	309.000	0.356
Perceções de segurança	69.93	60.00	339.000	0.549
Comunicação	69.83	62.17	352.000	0.638
Abertura comunicação	69.27	74.58	365.500	0.747
Frequência notificação	69.12	77.92	345.500	0.590
Trabalho das unidades	69.99	58.67	331.000	0.493
Dotação profissional	69.13	77.75	346.500	0.853
Transições	69.93	60.08	339.500	0.552
Resposta ao erro	69.26	74.83	364.000	0.735

Terminamos a análise inferencial com a realização duma regressão múltipla multivariada. Como variáveis manifestas consideramos as variáveis sociodemográficas idade e sexo esta transformada em variável dummy, a variável de contexto profissional anos de experiência profissional e os fatores da escala de competências de comunicação clínica. Como variáveis latentes tivemos presente os diferentes fatores da cultura de segurança do doente. O primeiro passo consistiu em efetuar regressões múltiplas univariadas que permitiram identificar as variáveis preditoras e respetivas variáveis latentes. Da regressão múltipla multivariada realizada, registamos que todas as variáveis manifestas registam valores significativos e positivos com exceção da recolha de informação (fator 3) com a comunicação e feedback acerca o erro e dos anos de experiência profissional com a resposta ao erro. Aferimos deste modo que quanto maiores os índices onde as correlações são positivas melhores a cultura de segurança dos doentes. Contrariamente quanto maior a recolha de informação menor a comunicação e feedback acerca o erro, e quanto maior os anos de experiência profissional menor a resposta ao erro não punitiva. A variável que apresenta maior peso preditivo é estabelecida na trajetória entre o fator 7 (permite terminar o diálogo) com a comunicação feedback acerca o erro com uma variabilidade de 15.0% e a menor correlação é estabelecida entre os anos de experiência profissional com a resposta ao erro não punitiva com uma percentagem e variância explicada de apenas 2.0%.

Figura 6 - Regressão múltipla multivariada da ECCC com a escala cultura de segurança do doente nos hospitais



3 Discussão

Concluída a apresentação e análise dos resultados iremos dar início à discussão metodológica e dos dados resultantes da análise descritiva e inferencial, tendo em conta as questões de investigação e a revisão da literatura efetuada.

3.1 Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos usados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos delineados bem como das características da amostra. Admitindo a consecução dos objetivos reconhecemos algumas limitações na investigação. O tamanho da amostra, pequena e não probabilística, limitando a garantia da sua representatividade impossibilitando, assim, a generalização dos resultados; a sua aplicação limitada aos enfermeiros do Hospital de Cascais, decisão tomada pelo facto de ser a instituição onde desenvolvíamos a nossa atividade profissional, fundamentada pela pertinência de avaliar o estado da arte da nossa instituição no âmbito do novo paradigma da *Cultura de Segurança*, fator que condiciona, naturalmente, a generalização dos resultados e a sua comparação com os estudos existentes; escassez de investigação realizada e publicada no âmbito da segurança do doente; a distribuição e adesão ao questionário que dependeu substancialmente da colaboração do enfermeiro chefe e/ou diretor de cada um dos serviços que, aliada 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 65% dos elementos da população não se terem disponibilizado a participar no estudo; o tempo limitado para a realização da colheita de dados. Não obstante as limitações expostas o presente estudo revelou-se profícuo, nomeadamente, para o investigador, pela oportunidade da aprendizagem individual e desenvolvimento de competências e capacidades de investigação e para a instituição pela oportunidade de identificação de fragilidades que podem constituir-se como uma base de trabalho para a implementação de um projeto de melhoria da cultura de segurança do doente. Os resultados obtidos permitirão, igualmente, prosseguir futuras pesquisas nesta área. Salieta-se o facto de este estudo ter sido transversal o que permitiu avaliar o fenómeno no momento da investigação, proporcionando dados imediatos e utilizáveis. Neste tipo de estudo o alcance é mais limitado relativamente a um estudo longitudinal que possibilita a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de participantes facultando, deste modo, a avaliação das mudanças relativas às variáveis em estudo no espaço temporal. O estudo foi condicionado pelas opções

metodológicas, o que não permite que se faça a extrapolação dos resultados a outras amostras, requerendo da confirmação de outras investigações na área, com amostras mais alargadas. Todavia, e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados alcançados permitem a aquisição de conhecimento mais aprofundado no âmbito da cultura de segurança do doente

3.2 Discussão de resultados

O capítulo anterior, subordinado à apresentação e análise dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados, será consolidado nesta nova alínea através da reflexão de investigação em que se evidenciarão os resultados mais relevantes, paralelamente confrontados com os dados auferidos por outros estudos desta área de investigação, nacionais e internacionais. Esta discussão terá como suporte o quadro conceptual em que se alicerça a investigação, os objetivos delineados e as questões de investigação construídas com base nas inquietações que nos motivaram a realização do estudo. A discussão propõe-se salientar e analisar a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados. A amostra que se predispôs a colaborar nesta investigação é composta por 138 enfermeiros que exercem funções no Hospital Dr. José de Almeida em Cascais. De uma amostra de 138 Enfermeiros obtivemos uma taxa de resposta de 34,5% dos quais 77,54% do sexo feminino. Esta característica do nosso estudo explica-se pela supremacia do sexo feminino na profissão de enfermagem, dado corroborado pela Pordata, (2015) que refere que 83,52 % dos licenciados em enfermagem são do sexo feminino e, pelo anuário da Ordem dos Enfermeiros, (2016) que referencia 57 164 (82,03%) dos enfermeiros são do sexo feminino e 12 518 (17,96%) do sexo masculino. Os diversos estudos por nós analisados, no âmbito da segurança e das competências comunicacionais evidenciam, igualmente, a preponderância do sexo feminino. Numa população constituída apenas por enfermeiros Lima (2011), Antunes (2015), Garcia (2015) e Silva et al. (2016), obtiveram para o sexo feminino percentagens de 76,9%; 70,13%; 98,5% e 75,6% respetivamente. Resultados idênticos foram alcançados por Eiras, et al. (2011), Leite (2013), Pimenta (2013), Sousa (2013), Costa (2014), que englobaram nos seus estudos várias profissões do âmbito da saúde, com percentagens de, respetivamente, 70,13%;80,9%;75,7%;73,9%;71,6% e 80,5%. A taxa de resposta do nosso estudo (34,5%) é superior à de Eiras, et al. (2011), Lima (2011), e Sousa (2013), mas inferior à de Pimenta (2013), 41,9%, Antunes (2015), 57,8% e Garcia (2015), 72,4%.

Os indivíduos da nossa amostra têm em média 32 anos de idade ($32,51 \pm 7,958$ anos). A maioria possui apenas o grau de licenciado (94.9%), com uma experiência profissional média de $9,41 \pm 7,711$ anos e desempenham a sua atividade profissional maioritariamente na área médico-cirúrgica. No que concerne à área de intervenção os resultados assemelham-se aos encontrados pela DGS (2015b), 33% são da área médico-cirúrgica. Silva (2016), obteve resultados similares no seu estudo com uma população que tem uma idade média de 36 anos, 93.1% dos quais possuem apenas a licenciatura, com uma média de 13 anos de experiência profissional, dados que em tudo se assemelham aos de Antunes (2015).

Pretendíamos avaliar quais as variáveis do contexto sociodemográfico, profissional e de formação específica que influenciariam as competências de comunicação clínica dos profissionais de enfermagem nos cuidados de saúde. Pelos resultados obtidos inferimos que o sexo masculino apresenta melhores competências comunicacionais em todos os fatores com exceção do fator 5 *Partilha de Informação*. O que confirma os dados de Silva et al. (2016). A avaliação da variável idade indica que os enfermeiros com mais de 30 anos são aqueles que detêm melhores competências comunicacionais ($84,782 \pm 13,094$), quando comparados com os seus pares de idade inferior ou igual a 30 anos ($84,188 \pm 12,642$). Os resultados obtidos pelo estudo de Silva et al. (2016), revelam que a idade interferiu nas competências de comunicação clínica, tendo os enfermeiros mais velhos demonstrado mais competências, sobretudo no que se refere à *comunicação assertiva e facilitação do diálogo* com o doente. São os inquiridos solteiros ou divorciados aqueles que revelam melhores competências comunicacionais ($85,000 \pm 14,218$), contudo desconhecemos outros estudos onde esta variável tenha sido estudada. Os anos de experiência profissional não interferem nas competências de comunicação clínica, contudo, as médias mais elevadas concentram-se nos profissionais de saúde com mais anos de experiência profissional (> 10 anos $\bar{x} = 14,945 \pm 2,296$). Os enfermeiros com 6-10 anos de experiência profissional são os que apresentam médias mais baixas ($\bar{x} = 9,830 \pm 1,968$). Estes resultados são corroborados por Silva et al. (2016). No seu estudo os anos de experiência profissional apresentam significância estatística, verificando-se que os enfermeiros com mais anos de experiência profissional são os que revelaram mais competência em todas as suas dimensões. Também para Correia (2012), o tempo de exercício profissional é preditor de mais competências de comunicação clínica nos enfermeiros. A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os seus utentes é um elemento fundamental e facilitador no processo de interação entre ambos. Interfere na qualidade dos cuidados de saúde, propicia uma entrevista mais profícua, facilita a compreensão e a memorização das recomendações, aumenta a adesão à planificação do tratamento e dos cuidados, contribuindo, desta forma, para uma maior

segurança, aumentando a satisfação do utente (McLaughlin, 2009). A comunicação é, assim, vista como uma ferramenta essencial que permite ao profissional de saúde avaliar as necessidades afetadas, as preferências do doente e capacitá-lo quanto ao seu processo de doença e às recomendações de tratamento, adequando as decisões àquele paciente e às suas competências (Santos, Grilo 2014). Segundo Riley (2004), há um conjunto de regras e de expectativas que regem o desenvolvimento da relação enfermeiro/doente, tendo-se como premissa que esta relação visa ajudar o doente a alcançar e manter um nível ótimo de saúde. As interações estabelecidas na comunicação terapêutica têm uma índole diferente das que ocorrem numa relação de amizade, mas viabilizam a relação de ajuda, enfermeiro/doente fundamental para o incremento de um plano de ação conjunto que tem por objetivo final a satisfação das necessidades afetadas e, por consequência, a satisfação das partes envolvidas. Este facto não se determina a superioridade do enfermeiro, a confiança mútua e a responsabilidade em assistir os outros, são características da verdadeira relação profissional.

A estimação da valorização atribuída aos domínios da comunicação clínica permitiu-nos depreender que: 61.6% dos enfermeiros considera **estabelecer relação entre o profissional e o utente (rapport)** a competência de comunicação mais relevante. Para 47.1 % dos enfermeiros **abrir uma consulta /entrevista clínica** é relevante, tendo sido colocada em 1º lugar por 19.6% e em 2º lugar por 27.5%. **Recolher informação (fazer historia clínica)** foi considerada por 40.6% dos inquiridos a terceira competência de comunicação mais relevante. À competência **Compreender a perspetiva do utente sobre o seu problema / doença** foi atribuído o 4º lugar por 29.7% dos inquiridos e 29.7% atribuem-lhe o 2º lugar de relevância. **Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente** é considerada por 39.9% dos enfermeiros a 5º competência mais relevante. Dos inquiridos, 44.9% consideram **negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas/diagnósticos e plano terapêutico** a 6º competência mais relevante. Constatamos ainda que 119, (86.2%) dos enfermeiros considera **fechar a entrevista/consulta** a competência de comunicação menos relevante. A expressão interação enfermeiro/doente engloba todo o contato entre um enfermeiro e um doente e caracteriza-se pelo ato de que ambos os indivíduos percebem o seu interlocutor de maneira estereotipada (Melo, 2005). Na profissão de enfermagem, comunicar é o cerne da boa prática clínica. As relações que se estabelecem, com o doente ou com a família, advêm da capacidade de comunicação do enfermeiro e de toda a equipa multidisciplinar que com ele atua. É através dela que se cria um entendimento entre quem emite e quem recebe a informação, sendo parte determinante da profissão e a primazia para a edificação de uma sólida relação de confiança (Pereira, 2008). É ao enfermeiro que compete a habilidade de

“criar” uma atmosfera de “segurança psicológica” e um ambiente confortável determinantes na identificação das necessidades particulares de cada doente. Para que exista interação é necessário e fundamental haver empatia, processo mediante o qual um indivíduo é capaz de interpretar corretamente o estado psicológico do outro (Riley, 2004). Toda a comunicação em enfermagem deve ser um processo de compreensão recíproca, permitindo uma troca de informações, opiniões e sentimentos num contexto pessoal e de profunda abertura (Peixoto, Simões, Teles et al., 2012). O enfermeiro exerce influência sobre os doentes que cuida, deve por isso estabelecer com eles uma comunicação eficaz, numa relação aberta e de lealdade devendo ter uma conduta que, de acordo com Phaneuf (2005, p. 25), permita: “Manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre, conservar a confidencialidade, criar com a pessoa cuidada uma aliança terapêutica, manter-se aberto às perceções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada; honrar compromissos em relação à pessoa cuidada, não lhe falhando quando ela necessita de apoio; manter-se realista quanto às suas possibilidades de mudança”. A autora afirma ainda que (p. 24), “a comunicação compreende uma troca verbal informativa, de conteúdo cognitivo, e uma contrapartida afetiva, revelada ou oculta pelo comportamento não-verbal, a maneira de ser da pessoa”. Só a comunicação eficaz permite identificar e satisfazer as necessidades de assistência do utente. Neste contexto a comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial que dá acesso ao princípio da autonomia, do consentimento informado, da confiança mútua, à segurança e à informação que o utente necessita para ser ajudado a ajudar-se a si mesmo. No desenvolvimento do processo terapêutico as técnicas de comunicação terapêutica que permitem mais facilmente a interação enfermeiro/doente, implicam que se tenha sempre em consideração o “aqui e agora”, bem como as características individuais de cada doente. Riley (2004, p. 32) refere que o enfermeiro deve fazer uso das técnicas de comunicação terapêuticas pois facilitam a prestação de cuidados de qualidade e seguros.

A segurança do doente é o paradigma do século XXI e uma das prioridades do profissional de saúde, sendo um campo recente na gestão em saúde, investigação e práticas clínicas. A avaliação contínua da cultura de segurança de cada organização é essencial para identificar áreas de risco, áreas a desenvolver, áreas em que é imperativo introduzir mudanças de comportamento dos profissionais. A avaliação das fragilidades permite a definição de estratégias que veiculem uniformidade na aquisição dos valores de segurança, promovendo a partilha como fundamento da prevenção de eventos adversos e da cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa) (Costa, 2014).

Para o Hospital de Cascais a qualidade e a segurança são uma aposta e uma prioridade de toda a equipa, esse compromisso justifica o fato de terem sido um dos primeiros hospitais em Portugal a obter a acreditação pela JCI, instituição que avalia a qualidade e a segurança dos procedimentos clínicos e não clínicos em hospitais de todo o mundo. Neste contexto pretendíamos avaliar se os inquiridos tinham conhecimento da existência, na instituição, de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde e concluímos que uma maioria significativa, 97.1% dos enfermeiros, detinham esse conhecimento.

As atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde têm natureza de elevado risco e são, por isso, suscetíveis de erro (Pimenta, 2013). A ocorrência do erro é um fenómeno adverso que, de uma ou de outra forma afeta, todos os elos desta cadeia nomeadamente os profissionais, elementos operacionais da prestação de cuidados (Antunes, 2015). Os erros são muitas vezes, consequências e não causas. Se errar é condição humana, reconhecer o erro e adquirir competências para o prevenir é exigência chave para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos, 2010). O conhecimento dos enfermeiros relativos às plataformas de notificação tem sofrido evolução no entanto, a evidência alerta para o investimento que ainda é necessário e urgente fazer nesta área. No estudo de Garcia (2015) 60,3% dos enfermeiros desconhecia o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos valor não corroborado pelo nosso estudo uma vez que 95.7% dos enfermeiros sabem que a instituição onde trabalham possui um sistema para notificação de incidentes e eventos adversos. As ordenações médias relativas às dimensões da cultura de segurança avaliadas no nosso estudo são maiores nos enfermeiros que sabem da existência de um Departamento de Qualidade, estes valores verificam-se em todas as dimensões da escala com exceção para a **perceção geral da segurança do doente, frequência de notificação, dotação profissional, transições e resposta ao erro não punitiva**, não existindo significância estatística. Quando cruzamos esta variável com as variáveis sociodemográficas constatamos que nas diversas dimensões em análise as ordenações médias eram menores no sexo masculino em todas as dimensões da escala com exceção na **abertura à comunicação, trabalho entre unidades e resposta ao erro não punitiva**, não existindo, no entanto, significância estatística. Na variável idade os enfermeiros até aos 30 anos, apresentam uma melhor cultura de segurança no que diz respeito ao **trabalho em equipa, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional- melhoria continua, percepções gerais sobre a segurança do doente, dotação profissional, transições e resposta ao erro**. No que diz respeito às subescalas de **expectativa do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, abertura de comunicação,**

frequência de notificação, trabalho entre unidades e dotação de profissionais, os enfermeiros com idade > 30 anos apresentam uma melhor cultura de segurança. Observa-se que os enfermeiros casados apresentam uma melhor cultura de segurança em todas as subescalas da cultura de segurança exceto no **trabalho em equipa, percepções gerais sobre a segurança do doente, abertura de comunicação e frequência de notificação**. Contudo não existem diferenças estatísticas significativas. Não nos foi possível fazer o confronto destes valores por desconhecermos outros estudos que tenham realizado o cruzamento destas variáveis.

Na continuidade do estudo cruzámos as habilitações literárias com as dimensões da cultura de segurança e verificámos que as ordenações médias foram superiores para os detentores do grau de mestre em todas as dimensões exceto na **aprendizagem organizacional – melhoria continua, comunicação e feedback acerca do erro e frequência de notificação**, não existindo significância estatística. Importa ressaltar que a nossa amostra engloba um número reduzido de enfermeiros com grau de mestre (4.3%). Esta realidade é corroborada por Castilho (2014), cujos indivíduos inquiridos detêm apenas 16.7% de formação especializada. O autor justifica o facto na estratégia formativa que durante anos favoreceu a formação de acesso à licenciatura em enfermagem em detrimento da formação especializada. Acrescenta ainda a dificuldade no acesso à categoria de enfermeiro especialista e o seu não reconhecimento na atual carreira de enfermagem, como possíveis dissuasores na procura deste tipo de formação.

No nosso estudo a cultura de segurança obteve índices superiores nos enfermeiros com ≤ 5 anos de experiência profissional, nas dimensões **trabalho em equipa, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional – melhoria continua, percepções gerais sobre a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, trabalho entre unidades transições e resposta ao erro não punitiva**. Na **frequência de notificação**, as médias são superiores no grupo com 6 – 10 anos de experiência profissional. A **expectativa do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, abertura na comunicação e dotação profissional** é superior no grupo com mais de 10 anos de experiência profissional. Aferimos ainda que, relativamente ao **trabalho em equipa** existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros com ≤ 5 anos de experiência profissional e os que têm 6 – 10 anos de experiência profissional ($p=0.052$). Antunes (2015), refere que os anos de experiência profissional influenciam a divulgação do erro, apresentando significância estatística entre os indivíduos com ≤ 12 anos de experiência profissional e os que têm ≥ 21 anos.

Quanto às áreas clínicas de prestação de cuidados os resultados demonstram haver alguma diferenciação. A análise das ordenações médias obtidas mostra que são os enfermeiros da UCI / UCIP os que possuem uma melhor cultura de segurança em todas as dimensões da escala exceto na **abertura na comunicação, frequência de notificação e transições**. Havendo diferenças estatisticamente significativas, contudo, desconhecemos outros estudos onde esta análise tenha sido efetuada.

A OMS e a União Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança independentes dos sistemas de reclamações e ou disciplinares, esta recomendação tem por objetivo a promoção da 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 de excelência para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens pelo 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).

Considerando a importância do erro fomos estudar o número de eventos notificados pelos participantes nos últimos 12 meses. Os resultados obtidos revelam que a maioria dos enfermeiros 71 (51.4%) notificaram algum tipo de evento no último ano. Desses, 41 (29.7%) notificaram 1 a 2 eventos e 30 (21.7%) notificaram 3 ou mais eventos. Os restantes 48,6%, quase metade da população em estudo, não fizeram nenhuma notificação, resultado que, apoiados no suporte teórico a que acedemos, se revela preocupante.

Outros estudos realizados neste âmbito apresentam resultados inferiores aos nossos. No estudo realizado por Garcia (2015) a maioria dos enfermeiros (95,6%) não fez nenhuma notificação de evento, Costa (2014), inferiu que 77.9% dos inquiridos não relataram qualquer evento/ocorrência e Famolaro et al (2016), obtiveram uma percentagem de não notificação de 55%. Também o estudo de Eiras et al. (2011), revela que a maioria dos participantes, 73%, não notificaram quaisquer eventos/ocorrências. Estes resultados demonstram que a subnotificação é uma realidade em muitos hospitais representando por isso uma área de intervenção prioritária, uma vez que, num sistema de saúde que se deseja centrado no doente a notificação de incidentes é imprescindível, corroborando a noção de

que em Portugal se desconhece a verdadeira dimensão desta problemática e das as consequências que advêm da cultura de subnotificação (Ministério da Saúde 2010; Costa 2013). Antunes (2015) refere que 62,0% dos incidentes / eventos adversos não são notificados, apesar de o nosso estudo apresentar uma taxa de notificação de 51,4% existe uma grande margem de melhoria.

No que diz respeito à questão **perceção do grau de segurança do doente que os Enfermeiros atribuíram ao seu serviço/unidade** apurámos que mais de metade dos inquiridos (53,6%) a considerou positiva. Foi considerada “Excelente” por 3,6% da população e “Muito Boa” por 50% dos inquiridos. Apenas 3 elementos (2,1%) consideraram o grau de segurança do doente como “Fraco” (1,4%) ou “Muito fraco” (0,7%). Os restantes consideraram o grau de segurança do doente como “Aceitável” (44,2%).

A comparação com o estudo de Fernando e Queirós (2011), permite-nos observar que os resultados por nós obtidos são ligeiramente mais elevados. Menos metade da sua amostra (46%) classifica a **segurança do doente, no seu serviço/unidade**, como positiva, 42% asseveram que é “Muito Boa” e 4% consideram-na “Excelente”. 10% dos inquiridos atribuem-lhe o grau de “Fraca” ou “Muito fraca”. O estudo de Garcia (2015), apresenta resultados ligeiramente mais positivos, do que o nosso, 58,9% dos respondentes considerou o **grau de segurança do doente no seu serviço/unidade** positivo com 1,5% para “Excelente” e 57,4% em “Muito bom”. De evidenciar que no seu estudo nenhum dos participantes considerou a segurança do doente “Fraca” nem “Muito fraca”. No estudo de Eiras et al. (2011), 6% dos participantes consideraram a segurança do doente “Excelente”, 45% “Muito boa”, 42% “Aceitável”, 5% “Fraca” e 1% “Muito fraca”. O estudo de Famolaro et al. (2016), é o que apresenta os melhores resultados com 76% de respostas positivas: 34% “Excelente”, 42% “Muito boa”, 19% “Aceitável”, 4% “Fraca” e 1% “Muito fraca”.

No âmbito da avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança dos doentes hospitalizados a discussão dos resultados teve como referencial a proposta dos autores da escala que consideram bons resultados quando se observam valores médios de respostas positivas iguais ou superiores a 75% e como oportunidades de melhoria quando se observam valores inferiores a 50%.

Com base nesse pressuposto nenhuma das nossas dimensões atingiu os valores necessários para que a cultura de segurança possa ser considerada um ponto forte. Os melhores resultados foram observados nas dimensões **Trabalho em equipa** (66% de respostas positivas); **Comunicação e feedback acerca do erro** (60,7% de respostas positivas); **Transições** (57,3% de respostas positivas); **Aprendizagem organizacional – melhoria continua** (55,8% de respostas positivas); **Apoio à segurança do doente pela**

gestão (51.7 % de respostas positivas) e **Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente** (50.2 % de respostas positivas). Embora os autores da escala não o definam, os resultados entre 50% e 75% são considerados aceitáveis para alguns autores, devendo, no entanto, ser encarados como oportunidade de melhoria (Fernando e Queirós, 2011).

Quando examinamos estes resultados, em comparação com outros estudos apurámos que a dimensão **trabalho em equipa**, apresenta resultados inferiores aos de Garcia, 2015 e Castilho, 2014, onde a percentagem de respostas positivas foi respetivamente de 81.6% e 78.3%. No contexto internacional também o estudo de Famolaro et al. (2016), apresenta resultados superiores ao nosso estudo com 82% de respostas positivas. Nesta dimensão o item do nosso estudo que obteve mais respostas positivas foi **Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se** com 79%. O mesmo se verificou nos estudos de Famolaro et al. (2016), e Garcia (2015), com percentagens de respostas positivas de 87% e 92.6% respetivamente.

Relativamente à **Comunicação e feedback acerca do erro** o estudo realizado por Costa (2014) obteve resultados inferiores com 46.5% de respostas positivas, assim como o de Eiras et al. (2011), com 54%. Garcia (2015), apresenta resultados semelhantes ao nosso estudo (62.3%), enquanto Famolaro et al. (2016), com 68% de respostas positivas e Pimenta (2013), com 69% apresentam valores superiores.

A persistência nas falhas é um dos fatores mais temerário e indutor dos erros pois é uma ação que realizamos mecânica e inconscientemente (Carneiro, 2010). O item **Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer** obteve percentagem de respostas positivas de 69.6%, apesar de não constituir um ponto forte permite-nos inferir que os enfermeiros inquiridos têm a noção da importância da partilha dos eventos adversos e da comunicação como estratégia preponderante na prevenção do erro.

A importância da comunicação na atividade profissional dos enfermeiros é inegável, a OMS considera-a como determinante da qualidade e da segurança na prestação dos cuidados, assumindo que as perturbações ou falhas na comunicação entre e inter equipas podem estar na base da ocorrência do erro em todas as fases do processo (WHO, 2007). A dimensão **Transições**, obteve 57.3% de respostas positivas. Neste âmbito o item **as mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente** foi o que obteve um percentual de respostas positivas mais elevado (67.4%), o que reflete o sentido de responsabilidade dos profissionais, que sabem a importância da passagem de turno. Nos estudos de Eiras et al. (2011), Pimenta (2013), e Castilho (2014), obtiveram-se valores

médios de respostas positivas mais elevados (59%, 59% e 62.9%, respetivamente) para esta dimensão. No estudo de Sousa (2013), Costa (2014), e Famolaro et al. (2016), foram verificados piores resultados com 35%, 39.2% e 48%, respetivamente. Em todos estes estudos o percentual de respostas positivas é baixo, o que sublinha a necessidade de intervenção. Às equipas são exigidas estratégias de interação afetivas e habilidades práticas tornando-se excepcional e fiel ao objetivo comum: qualidade na comunicação e segurança do doente (Babiker, 2014).

Em relação à dimensão **Aprendizagem organizacional – melhoria continua** obtivemos uma percentagem de respostas positivas semelhante às de Sousa (2013), 55%. O estudo realizado por Eiras et al. (2011), apresenta melhores resultados com uma percentagem de respostas positivas de 68%. Também o estudo de Pimenta (2013), Castilho (2014), Costa (2014) e Famolaro et al. (2016), alcançaram uma percentagem de respostas positivas superior para esta dimensão (78%, 74.6%, 63.9% e 73% respetivamente). Nesta dimensão evidencia-se o item **Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente** com uma percentagem de respostas positivas de 72.5%, percentagem próxima dos 75% necessários para que fosse considerado um ponto forte. A avaliação contínua da cultura de segurança de cada organização é essencial para identificar áreas de risco, áreas a desenvolver e aquelas que é imperativo introduzir mudanças de comportamento dos profissionais para que os valores adquiridos de segurança sejam os mesmos e que a sua partilha previna eventos adversos e cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa) (Costa, 2014).

A dimensão **apoio à segurança do doente pela gestão** obteve 51.7 % de respostas positivas. No âmbito desta dimensão apenas 37% dos enfermeiros discordaram da afirmação **a Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade**, este resultado permite-nos inferir que esta é uma das áreas crítica com necessidade de atuação. Eiras et al. (2011), apresenta resultados semelhantes no seu estudo como uma percentagem de respostas positivas de 48%. Nos estudos de Sousa (2013), Castilho (2014), e Garcia (2015), verificaram-se piores resultados com apenas 24%, 35.9% e 30.9% de respostas positivas respetivamente. Por outro lado, Pimenta (2013) e Famolaro et al. (2016), evidenciam melhores resultados (67% e 72%).

Em relação à dimensão a **Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente** obtivemos uma percentagem de respostas positivas de 50.2 %, no limite do aceitável sendo, contudo, um ponto para investimento na melhoria. O item **O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a**

segurança do doente, que ocorrem repetidamente surge com uma percentagem de respostas positivas de 74.6% estando muito perto dos 75% necessários para ser considerado como um forte aspeto de cultura de segurança do doente. Estes valores sugerem que existe de facto uma preocupação com a prevenção o erro e que situações passadas servem de momento de aprendizagem para melhorias futuras. O item **sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos** surge com uma percentagem respostas positivas de apenas 39.9%, estes resultados sugerem que nas situações de pressão e stress as questões da segurança são colocadas em segundo plano e alertam-nos para a necessidade de incrementar um maior compromisso das lideranças com a segurança (Castilho, 2014). No estudo realizado por Costa (2014), o percentual de respostas positivas é inferior ao do nosso estudo (42.6%). Contudo no estudo realizado por Eiras et al. (2011), esta dimensão teve uma média de respostas positivas superior (62%), o mesmo acontecendo nos estudos realizados por Pimenta (2013), com uma media de 72%, Garcia (2014) com 69.5% de respostas positivas e Famolaro et al. (2016) com 78% respostas positivas para a dimensão em observação.

Terminada a análise dos resultados considerados “aceitáveis” com base nos parâmetros balizados entre 50% e 75% passaremos à discussão dos resultados “problemáticos” ou “oportunidades de melhoria” que têm como referência a proposta dos autores para valores inferiores a 50% de respostas positivas.

Iniciamos com a análise da dimensão **Resposta ao erro não punitiva** que obteve uma percentagem de respostas positivas muito baixa, 18.1%, representando o ponto mais crítico do nosso estudo o que pressupõe e indica a necessidade de uma rápida intervenção. Todos os itens desta dimensão têm valores bastante abaixo do nível aceitável com especial destaque para o item **os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal** com uma percentagem positiva de apenas 10.9%. Estes resultados sugerem que os profissionais de saúde percebem uma menor condescendência, e menos auxílio, por parte dos seus superiores hierárquicos quando acontece o erro. Como toda a gente erra e como a culpabilização não resolve nem prevê casos futuros, a segurança depende da criação de sistemas de antecipação/prevenção do erro. Quando comparamos estes resultados com os de estudos nacionais e internacionais verificamos que, apesar apresentarem valores superiores aos do nosso estudo, todos ostentam percentagens de respostas positivas inferiores a 50% (Eiras et al. (2011), 41%; Pimenta (2013), 33%; Garcia, (2015), 25.5% e Famolaro et al. (2016), 45%.

A dimensão ***Dotação de Profissionais*** apresenta-se, também, como um aspeto problemático, que pressupõe uma intervenção célere, obteve apenas 21.2% de respostas positivas. De destacar que apenas 8.7% dos inquiridos discorda da afirmação ***os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados***, o que evidencia o cansaço e sobrecarga de horas de trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos. A constituição das equipas de forma a dar uma resposta segura aos desafios a que estas estão sujeitas diariamente influencia a sua competência. Deste modo a dotação profissional tem um papel preponderante quer na perspectiva de número, que possibilite uma resposta apropriada às necessidades, quer na perspectiva de harmonia e diversidade de competências, que viabilize a complementaridade (Castilho, 2014). Os valores obtidos nos estudos de Costa (2014), 26.9% e Castilho (2014), 34.4% aproximam-se dos nossos resultados. Contudo os resultados que exibimos são substancialmente inferiores a outros estudos já referenciados por nós Pimenta (2013), Garcia (2015), e Famolaro et al., (2016), com percentagens de respostas positivas de 45%, 51.9% e 54%, respetivamente. Destacamos que apesar exibirmos a percentagem de respostas positivas mais baixa, todos os estudos citados apresentam percentagem inferiores a 50% ou marginalmente superiores, evidenciando mais uma vez a necessidade de intervenção prioritária.

Apurámos que na dimensão ***frequência da notificação de eventos*** apenas existem 36,7% de respostas positivas. Estes resultados não estão em concordância com o número de profissionais que ***notificaram eventos/ocorrências no ultima ano*** (51.4%). O item ***quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?*** apresenta o valor positivo mais baixo com 30.4%, podemos depreender que o compromisso com a política de qualidade e segurança tem de ser fomentado juntos dos enfermeiros. Muito embora não exista perigo potencial para o doente, o registo de ocorrências/eventos adversos deve ser sempre realizado. O sistema de notificação permite identificar e analisar o erro de modo a ser evitado no futuro, transformando-o num elemento facilitador de aprendizagem. Com exceção de Sousa (2013) e Garcia (2015), com médias positivas mais baixas (28% e 18.4%, respetivamente), todos os outros estudos ostentam melhores resultados, uns com médias inferiores a 50%, particularmente Costa (2014), Castilho (2014) e Eiras et al. (2011), e outros que se diferenciam com médias superiores como é o caso de Pimenta (2013) e Famolaro et al. (2016), (51% e 67% respetivamente). Estes dados mostram que a subnotificação é uma realidade nos sistemas de saúde alertando-nos para importância de alterarmos as práticas e os comportamentos de assumindo um compromisso com a qualidade e a segurança do doente.

O **Trabalho entre as unidades** tem uma média de respostas positivas de 44.8%, destacando-se o item **é frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do Hospital** com o qual 64.5% dos inquiridos discordaram. Apesar de existir margem para melhoria este valor sustenta as boas relações que existem entre os enfermeiros no local de trabalho. O estudo de Garcia (2015), surge com uma média de respostas positivas inferiores ao do nosso estudo, 38.3%. Todos os outros estudos Eiras et al. (2011), Pimenta (2013), Castilho, (2014), Costa (2014) e Famolaro et al. (2016), apresentam valores superiores com a percentagem de respostas positivas de 51%, 61%, 47.9%, 52% e 61% respetivamente.

Relativamente à **abertura à comunicação** a percentagem de respostas positivas é de 46.9%. O item **os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente** apresenta a média de respostas positivas mais elevada (67.4%), tal como no estudo de Garcia (2015) e Famolaro et al. (2016). O percentual mais baixo (26.1%) situa-se no item **os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos**. Podemos assumir que os enfermeiros possuem um elevado sentido de responsabilidade uma vez que a segurança do doente se sobrepõe ao receio de repreensão por parte do seu superior hierárquico. Apresentam médias positivas mais elevadas os estudos de Eiras et al. (2011), com 52%, Pimenta (2013), com 63%, Costa (2014), com 52.7% e Famolaro et al. (2016) com 64%.

A última dimensão em apreciação é **percepções gerais sobre a segurança do doente** que apresenta uma média de respostas positivas de 47.7%. A afirmação **nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho** surge com destaque negativo, uma vez que apenas 36.2% dos inquiridos concorda com a mesma. Este facto pode ser justificado pela carência de Enfermeiros e pela pressão subjacente ao sistema de saúde para apresentação de resultados positivos. A necessidade de adaptação dos recursos de enfermagem às reais necessidades dos doentes, preservando o equilíbrio entre a quantidade e as competências, não negligenciando a qualidade e segurança, tem constituído uma preocupação para os gestores (Freitas, 2015), o que reforça a importância de intervenção nesta dimensão. O estudo de Costa (2014), apresenta uma média de respostas positivas de 53.7%, Eiras et al. (2011), exhibe 59%, Famolaro et al. (2016), expõe 66% e Pimenta (2013), apresenta a maior percentagem de repostas positivas de 73%.

Os estudos portugueses mencionados apresentam melhores resultados quando comparados com o nosso, apesar de se reconhecer um vasto espaço para a melhoria reconhece-se que as organizações de saúde consideram a segurança do doente na sua

agenda e que os esforços desenvolvidos são identificados por grande parte dos profissionais (Castilho, 2014). A OMS e o Conselho de União Europeia alertam os países para a percepção da cultura de segurança dos seus profissionais, estimulando a avaliação e educação dos mesmos através da introdução de novos conceitos e mudanças de comportamentos. (Costa, 2014).

Aferimos no nosso estudo que a dimensão ***permite terminar o diálogo***, da ECCC, apresenta maior peso preditivo em relação à cultura de segurança nas dimensões ***comunicação e feedback acerca do erro, frequência de notificação de eventos, e aprendizagem organizacional – melhoria contínua***. Uma comunicação eficaz entre os enfermeiros e o doente é uma das principais competências clínicas e não pode ser delegada. Deste modo as relações interpessoais influenciam determinantemente a satisfação do doente, os resultados em saúde, e também a satisfação profissional (Silva et al. 2016). A evidência corrobora que os enfermeiros no contexto da prestação de cuidados necessitam de desenvolver competência interpessoais e de comunicação como ferramentas promotoras da qualidade e segurança do doente contribuindo, assim, para a diminuição do erro clínico. O estabelecimento de uma relação empática e de confiança com o doente, onde se englobam o saber escutar e compreender a sua perspetiva, são essenciais e suportados, por uma comunicação clara e assertiva com impacto na satisfação do doente (Alves, 2011). A hierarquia resultante de uma cultura profissional e institucional pode constituir-se como barreira comunicacional, já identificada como facilitadora do erro na medida em que o feedback a um procedimento errado e a proposta de alternativas mais eficientes não são verbalizados, impedindo uma correção atempada. Sendo a comunicação o elo que reforça o relacionamento entre equipas, representa igualmente uma mais valia para todos os sistemas que desejam alcançar a excelência. Tendo isto em conta as organizações deveriam dedicar muito mais importância à comunicação e feedback no ambiente de trabalho (Castilho, 2014). No que diz respeito aos sistemas de notificação estudos demonstram que quanto maior for a sua eficácia, ou seja, quanto mais situações se identificarem e se analisarem, maior é a probabilidade de existir uma maior segurança do doente (Fonseca, 2017).

4 Conclusão

A elaboração deste trabalho foi muito profícua, a sua realização fez despertar novos entendimentos e novas responsabilidades no âmbito da comunicação e da importância que engloba enquanto elemento preponderante e vital na segurança do doente e na qualidade dos cuidados de saúde.

Os estudos estimam que entre 3 a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados e que estes erros são causa de 44.000 a 98.000 mortes por ano. Em resposta a esta realidade, e tendo em conta que em saúde os contextos são cada vez mais complexos e diferenciados, os sistemas de saúde socorreram-se das técnicas de segurança adotadas pelas organizações de alta confiabilidade enfatizando a implementação de uma cultura de segurança como medida fundamental no processo de garantia da segurança do doente e da procura da melhoria contínua dos cuidados em saúde. Os autores inferiram que a adoção de uma cultura de segurança por parte das organizações e dos profissionais que as compõem reduziram em 18% a mortalidade decorrente de cirurgias. Concluíram ainda que, no âmbito das competências mobilizadas neste novo paradigma, há quatro que se destacam pela importância que encerram: a liderança, o trabalho em equipa, o apoio mútuo e a comunicação.

O nosso estudo de carácter quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal, realizou-se numa amostra de 138 enfermeiros e teve como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros sobre a comunicação como determinante da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Os inquiridos têm uma idade média de 32.51 anos, são maioritariamente do sexo feminino (77.54%) com licenciatura (94.4%) e tem, em média 9.41 anos, de experiência profissional.

Os enfermeiros com mais de 30 anos são aqueles que detêm melhores competências comunicacionais.

São os profissionais de saúde com mais anos de experiência profissional (> 10 anos $\bar{x}=14.945\pm 2.296$) que apresentam médias mais elevadas nas diversas dimensões das competências de comunicação clínica.

Avaliámos a valorização atribuída aos domínios da comunicação clínica e verificámos que: 61.6% dos enfermeiros considera **estabelecer relação entre o profissional e o utente (rapport)** a competência de comunicação mais relevante. Para 47.1 % dos enfermeiros **abrir uma consulta /entrevista clínica** é relevante, tendo sido colocada em 1º lugar por 19.6% e em 2º lugar por 27.5%. **Recolher informação (fazer historia clinica)** foi considerada por 40.6% dos inquiridos a terceira competência de comunicação mais

relevante. À competência **compreender a perspectiva do utente sobre o seu problema / doença** foi atribuído o 4º lugar por 29.7% dos inquiridos e 29.7% atribuem-lhe o 2º lugar de relevância. **Partilhar e discutir informações clínicas com o paciente** é considerada por 39.9% dos enfermeiros a 5ª competência mais relevante. Dos inquiridos, 44.9% consideram **negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas/diagnósticos e plano terapêutico** a 6ª competência mais relevante. Constatamos ainda que 119, (86.2%) dos enfermeiros considera **fechar a entrevista/consulta** a competência de comunicação menos relevante.

97.1% dos enfermeiros inquiridos têm conhecimento da existência, na instituição, de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde.

Os enfermeiros até aos 30 anos, apresentam uma melhor cultura de segurança no que diz respeito ao **trabalho em equipa, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional- melhoria continua, perceções gerais sobre a segurança do doente, dotação profissional, transições e resposta ao erro**. No que diz respeito às subescalas de **expectativa do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, abertura de comunicação, frequência de notificação, trabalho entre unidades e dotação de profissionais**, os enfermeiros com idade > 30 anos apresentam uma melhor cultura de segurança.

A maioria dos enfermeiros 71 (51.4%) notificaram algum tipo de evento no último ano. Desses 41 (29.7%) notificaram 1 a 2 eventos e 30 (21.7%) notificaram 3 ou mais eventos. Não fizeram nenhuma notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses 48.6% dos inquiridos.

Concluimos que todas as variáveis manifestas registam valores significativos e positivos com exceção da **recolha de informação** (fator 3) com a **comunicação e feedback acerca do erro** ($r=-0.24$) e dos **anos de experiência profissional com a resposta ao erro não punitiva** ($r=-0.14$). Aferimos que a dimensão **permite terminar o diálogo** apresenta maior peso preditivo em relação á cultura de segurança nas dimensões **frequência de notificação de eventos, comunicação e feedback acerca do erro e aprendizagem organizacional – melhoria continua**. Quanto maior os anos de experiência profissional menor a resposta ao erro.

A Segurança do Doente na dimensão **ocorrência de eventos adversos** têm assumido uma crescente preocupação para as organizações dada a sua implicação na qualidade de cuidados e na satisfação do utente. Considerado por diversos autores como

um problema de saúde pública deve haver por parte das organizações de saúde em geral, e dos profissionais em particular, preocupação acrescida com a implementação de medidas que visem a prevenção e diminuição de acontecimentos indesejáveis decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

Deve ser propiciada aos profissionais de saúde formação sobre os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, reforçada a perspectiva “positiva” da notificação, realçando a ideia de que se aprende com o erro. A aprendizagem com as situações nefastas permite compreendê-las, preveni-las e transformá-las em oportunidades de mudança para melhores práticas.

Os resultados apontam para a importância de algumas variáveis na cultura de segurança do doente. Atingimos os objetivos a que nos propusemos no início do nosso estudo e contribuímos de para uma melhor compreensão da problemática da segurança do doente. Apelamos a que os profissionais de saúde, e especificamente os enfermeiros, assumam a notificação de eventos adversos como uma ferramenta útil para a prestação de cuidados e capaz diminuir a taxa de eventos adversos. Realçamos ainda a importância da formação continua como sendo a única forma de acompanhar a evolução do conhecimento nesta área, garantindo práticas seguras, com garantia de qualidade dos cuidados prestados.

Bibliografia

- Alves, A. I. A. (2011). Competências interpessoais em saúde: comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar (Dissertação de Mestrado). Universidade nova de Lisboa e Escola nacional de saúde publica
- Antunes, N. S. (2015). Notificação de incidentes e segurança do doente: perceção dos enfermeiros. (Dissertação de Mestrado). Instituto politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde
- Arias, J.L.R., Lujano, R.O., Páez, I.P., Trinidad, D.V. & Solórzano, M.E.Y. (2011). La importância de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Ata Médica Grupo Angeles*, vol.9 (3) 167-174 em www.medigraphic.org.mx
- Babiker, A., El Hussein, M.E., Nemri, A.A. Frayh, A.A., Juryyan, N.A., Faki, M.O., Assiri, A., Saadi, M.A., Shaikh, F. & Zamil, F.A. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal Of Paediatrics*, 14(2) 9-16
- Barcellos, G. B. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras*. (1ªed., pp 139-158). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. S., Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe On Line*
- Brás, C. & Ferreira, M. (2016). Clinical Communication (handover) and Safety of Nursing Care: a literature review. *Millenium*, 2(1), 125-133
- Briga, S. C. P., (2010). A Comunicação Terapêutica Enfermeiro/Doente: Perspectivas de Doentes Oncológicos Endotraquealmente. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Caldas, B., Sousa, P., Mendes, W., (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras*. (1ªed., pp 187-206). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 10, 3-10.

- Castilho, A. (2014) Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, Porto.
- Cooper, A., Gray, J., Willson, A., Lines, C., McCannon, J., & McHardy, K. (2015). Exploring the role of communications in quality improvement: A case study of the 1000 Lives Campaign in NHS Wales. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 76–84. <http://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000006>
- Correia, M.C.B. (2012), Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de Doutoramento. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Acedido em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf.
- Costa, M. (2014) Cultura de segurança do doente num hospital da Região centro, percepção dos profissionais. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Costa, M. F. S. P. (2014). Cultura De Segurança Do Doente Num Hospital Da Região Centro, Percepção Dos Profissionais. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra
- Eggins, S., & Slade, D. (2015). Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. *Journal of Public Health Research*, 4(3), 666. <http://doi.org/10.4081/jphr.2015.666>
- 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.
- Ferreira, M., Brás, C., & Barbieric, M. C. (2016). Clinical communication and adverse health events: Literature review. In 2nd icH&Hpsy International Conference on Health and Health Psychology (Ed. lit.), The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS 13, 328-335. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/32ichandhpsy2016.pdf>
- Ferreira, M., Silva, D., & Duarte, J., (2016). Estudo psicométrico da Escala de competências de comunicação clínica (ECCC). *289 Millenium*, 2(1), 287-299.
- Ferreira, M., Silva, D., Pires, A., Sousa, M., Nascimento, M., & Calheiros, N. (2016). Clinical skills and communication in nursing students. In 2nd icH&Hpsy International Conference on Health and Health Psychology (Ed. lit.), The European Proceedings of

- Social & Behavioural Sciences EpSBS 13, 51-60. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em <http://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/5ichandhpsy2016.pdf>
- Fonseca, F. B. (2017). Estratégias e aprendizagens na gestão da segurança do paciente. *Revista portuguesa Gestão e Saúde Pública*, nº 21, pp 12-14.
- Fragata, J., Sousa, P., Santos, R. S. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras*. (1ªed., pp 17-36). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Freitas, M. J. (2015). Dotação Segura para a pratica de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde. Obtido de Repositório Científico da univercidade católica portuguesa: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400>.
- 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.
- Gold, J.A., MD, JD, MPH. (2015). Quality Improvement, Health Information Technology, and the Shift to Pay for Value. *Metastar Matters*, vol.114,3:121-122
- Lage, M.J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 11-16
- Leite R.A. (2013). Competências essenciais de comunicação clínica no curso de Medicina da UBI: avaliação e revisão curricular. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em <http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1613/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rita%20Leite.pdf>
- Lima, S. S. (2011). Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Marcelino, L. (2016) *Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários - ULS Guarda*. Dissertação de Mestrado. Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Marchon, S.G., Mendes Junior, W.V. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 30(9):1-21
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo

- Marts, L.M., Stevens, K.J., MSW & LCSW. (2013). Training Patient and Family Storytellers and Patient and Family Faculty. *The Permanente Journal*, 17 (3) 142-145
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2009). *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations, and Applications*. Jones & Bartlett Learning.
- Mendes, C. & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Meuter, R.F.I., Gallois, C., Segalowitz, N.S., Ryder, A.G. & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research* 15:371
- Morais, G. S. N., Costa, S. F. G., Fontes, W. D., Carneiro, A. D. (2008). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, pp 323-7
- Nogueira, J.W.S., Rodrigues, M.C.S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm*. 20(3):636-640
- Norma nº003/2015. (Março, 11). Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários. Direcção Geral de Saúde. [Portugal]
- Noronha, J. C., Junior, H. C., Sousa, P. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras*. (1ªed., pp 55-73). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- OMS (2008)– World alliance for patient safety: forward programme 2008 – 2009. 1st ed Consultado <http://www.who.int/iris/handle/10665/70460>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Revista do Hospital de crianças Maria Pia*, vol.XV, 3
- Pereira, N. G. G. (2008). Comunicação de Enfermeiro/Utente num Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência – Edições Técnicas e Científicas*, Lda

- Pimenta, L. C. (2013). Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria. Obtido de Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10400.21/2929>
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., Ramos, I. C. (2007). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, pp 740-903
- Portugal, Ministério da Saúde (2010). A organização interna e a governação dos hospitais. Grupo técnico para a reforma da organização interna dos hospitais. Lisboa.
- 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. (2014, A). 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. (2014, B). 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. (2014, C). 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. (2015, A). 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 (2015, B). 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>

- Reis, C. T. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras. (1ªed., pp 75-99). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Santos, M. C., Grilo, A. M. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras. (1ªed., pp 159-186). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Revista portuguesa de Saúde Pública, pp. 47-57
- Sequeira, C.(2016). Comunicação clínica e relação de ajuda. LIDEL, SBN 978-989-752-168-3
- Silva, A. S. B. (2014) Gestão do Risco Clínico na Segurança do Doente. Contributos para a melhoria da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde
- Silva, D., Ferreira, M., Duarte, J., Silva, E., Saldanha, A., Hoff, C.V., Bernardino, M. & Leite, N. (2016). Nurses'clinical communication skills. Revista Espanhola Atención Primari, 48 (espec Cong 1):200-206
- Sousa, A. M. (2013). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F. (2014). Cultura em segurança do paciente. in Mendes, P. S. W. Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras. (1ªed., pp 116-138). Editora Fiocruz Rio de Janeiro
- Uva, A., Sousa, P., Serranheira, F. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. Revista Portuguesa de Saúde Pública, pp. 1-2
- World Health Organization (2007). WHO global report on falls prevention in older age. WHO Press, World Health Organization. Geneva, Switzerland. ISBN 978 92 4 156353 6. Retirado de http://www.stopfalls.org/files/WHO_Report.pdf

Anexo I – Instrumento de colheita de dados



INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
5.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA



QUESTIONÁRIO

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu estou a realizar uma investigação intitulada “A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados” com o objetivo de conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente a esta temática.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo devido ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Nesta investigação será mantido o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

O mestrando:

João Consciência

1ª Parte - Dados Socio Demográficos e Profissionais

1. Sexo Feminino Masculino

2. Idade ____anos

3. Estado Civil
Solteiro(a)
Casado(a) / União de Facto
Divorciado(a)
Viúvo(a)

4. Habilitações Académicas
Bacharelato
Licenciatura
Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem
Mestrado
Doutoramento

5. Ano de Experiência Profissional ____anos.

6. Serviço / unidade em que exerce funções? _____

7. Na sua instituição existe estrutura/equipe/departamento que implemente uma política de qualidade dos cuidados de saúde?
Sim
Não

8. Conhece algum sistema institucional para notificação de incidentes e eventos? Sim
Não

2ª Parte – Escala sobre avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais (Garcia, 2015 – adaptado)

A. O seu Serviço/Unidade de Trabalho

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

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

	1	2	3	4	5
1. Neste Serviço/unidade os profissionais entreadjudam-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 efetuar 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 ativamente 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 mais 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"/>

B. O seu superior Hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu superior hierárquico. Utilize para isso a escala indicada:

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

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no serviço/unidade onde trabalha? Para responder utilize a escala indicada:

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

	1	2	3	4	5
1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Neste serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D. Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada:

1- Nunca 2- Raramente 3- Por vezes 4- A maioria das vezes 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3ª Parte - Kalamazoo Checklist de Elementos Essenciais da Comunicação

Em que medida o Enfermeiro faz o seguinte:	1 Pobre	2 Razoável	3 Bom	4 Muito Bom	5 Excelente
1. Cumprimenta e mostra interesse no utente como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Usa palavras que mostram o cuidado e preocupação ao longo da entrevista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Utiliza o tom, ritmo, contato visual e postura que demonstra cuidado e preocupação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Permite ao utente completar a declaração de abertura, sem interrupção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pergunta "Há mais alguma coisa?" para explicitar o conjunto completo de preocupações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Explica e / ou negocia uma agenda para a visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Inicia a história do utente, usando perguntas abertas (por exemplo, "diga-me sobre...")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Esclarece detalhes quanto necessário, com perguntas mais específicas ou de "sim / não"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Resume e dá oportunidade ao utente para corrigir ou adicionar informações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Faz a transição, de forma eficaz, para perguntas adicionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Solicita sobre eventos de vida, as circunstâncias, as outras pessoas que possam afetar a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Esclarece as crenças, preocupações e expectativas do utente sobre a doença e tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Responde de forma explícita às declarações do utente sobre as suas ideias e sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Avalia a compreensão do utente do problema e o seu desejo de mais informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Explica usando palavras que o p utente pode entender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Verifica se há compreensão mútua dos planos de diagnóstico e / ou tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Solicita se o utente tem mais perguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Inclui o utente em escolhas e decisões, na medida em que ele / ela deseja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Solicita sobre a capacidade dos utentes seguirem os planos de diagnóstico e / ou tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Identifica recursos e apoios adicionais, conforme o caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pergunta se o utente tem dúvidas, preocupações ou outros problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Resume / pede ao utente para resumir o plano até próxima visita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Discute / esclarece o acompanhamento ou contactos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Reconhece o paciente e encerra a entrevista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4ª parte - Ordene da mais relevante (1) para a menos relevante (7), as seguintes competências de comunicação clínica.

- Estabelecer relação (Rapport) entre profissional e utente.
- Abrir uma consulta / entrevista clinica.
- Recolher informações (fazer historia clinica).
- Compreender a perspetiva do utente sobre o seu problema / doença.
- Partilhar e discutir informações clinicas com o paciente.
- Negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas / diagnósticos e plano terapêutico.
- Fechar a entrevista / consulta.

Muito obrigado

Anexo II – Autorização de colheita de dados

Dr. José de Almeida
Presidente do Conselho de Administração
31/12/2015

Exmo.
Conselho de Administração do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Assunto: Estudo "A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados" – Escola Superior de Saúde de Viseu – Enº João Rui Bento Consciência

Nº/Of 14 /CE
Data: 31/12/2015

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética reunida em 23/12/2015, decidiu aprovar o Estudo "*A importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados*", através da realização de colheita de dados/informação junto dos Enfermeiros do Hospital de Cascais, mas só mediante a apresentação de um termo de responsabilidade expresso quanto à confidencialidade do tratamento e conclusão das informações obtidas, bem como de nota explicativa sobre como garante essa mesma confidencialidade com a distribuição em papel pelos serviços do respectivo estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice Presidente da Comissão de
Ética,

Luis Filipe de Sampaio Madalil e Santes Camejo
Luis Filipe de Sampaio Madalil e Santes Camejo

Anexo: Estudo
LC/CL