







# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**TESIS DOCTORAL**

## **Abordagem Multidimensional da Segurança do Doente nas Instituições de Saúde do Sector Público da Região do Algarve - Portugal**

Anabela de Magalhães Ribeiro

**Directores:** Dra. D<sup>a</sup> María José López Montesinos, Dr. D. Carlos Alberto da Silva

**Murcia, 2018**

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud



***“Se queremos progredir, não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova”***

***Mahatma Gandhi***



*Aos meus filhos Pedro e Simão*

*e ao Luís*





## **Agradecimentos**

Agradeço às pessoas cujas contribuições foram essenciais ao longo da realização deste estudo:

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos da Silva, o meu agradecimento especial pela motivação, pela partilha de conhecimento, colaboração na condução de cada etapa deste estudo;

À Coordenadora do Programa de Doutoramento, Professora Doutora Maria José Lopez Montesinos pela disponibilidade e interesse mostrado na realização deste estudo;

Ao Serviço de Gestão Académica, em especial ao Sr. Joaquim Lopez por toda a disponibilidade e colaboração;

Aos responsáveis das Instituições de Saúde onde se realizou o estudo, pela sua abertura e disponibilidade, pois é na linha da frente que podemos observar as dificuldades, e acima de tudo encontrar a sua solução;

A todos os profissionais que gentilmente colaboraram no estudo através da partilha de ideias e experiências preciosas, sem as quais este estudo não existiria;

Aos doentes que se disponibilizaram para partilhar os seus pontos de vista, pois é a partir da sua experiência pessoal que podemos avaliar o nosso trabalho enquanto profissionais de saúde;

Aos colegas de trabalho que comigo colaboraram com a recolha de questionários, o meu muito obrigada pela disponibilidade;

Aos meus filhos, Pedro e Simão, pela compreensão nos momentos em que estive ausente e não pude proporcionar a atenção que eu gostaria;

Ao meu marido Luís, pela compreensão, incentivo, motivação, e preciosa colaboração em todas as etapas da realização deste estudo;

Aos meus queridos pais, António e Celeste, que para mim serão sempre referência de força, determinação, humildade e generosidade;

Aos meus sogros, Teresa e Fernando, pela ajuda nas tarefas diárias que me permitiu dedicar mais tempo a este projeto.

## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** La Region Salud del Algarve - Portugal es un territorio con singularidades específicas, marcada por los problemas estructurales del desarrollo de los servicios de salud, especialmente debido a su distancia a los principales centros urbanos que concentran los hospitales especializados. Se admite que con la movilización de estrategias locales y la acción colectiva en la gobernanza clínica puedan minimizar los riesgos y maximizar la seguridad de los pacientes, garantizando así una mejora de la calidad en la prestación. El informe de la Comisión Europea de 2014 relativo a la seguridad del paciente demuestra la necesidad de mejorar la educación y la formación de los profesionales sanitarios en el registro de incidentes y el uso de los sistemas de notificación, la participación del paciente y las mejoras en las políticas y programas seguridad del paciente. Documentos recientes del Observatorio Portugués de la Salud (2015) sugieren que la seguridad del paciente y la gestión de riesgo son áreas de actividad en la que todos los profesionales que trabajan en el sector de la salud, deben contribuir.

**OBJETIVOS:** El estudio tiene como objetivo analizar y comprender los determinantes de los entornos favorables para la práctica de la seguridad del paciente en las organizaciones de salud del sector público en el Algarve - Portugal; Conocer la tendencia de las políticas y estrategias de los servicios de salud hospitalaria y centros de salud para garantizar la seguridad del paciente; Contribuir a la mejora del modelo de intervención en las organizaciones de salud hospitalarias y centros de salud, en particular a nivel de las medidas de actuación en las dimensiones de la seguridad del paciente (políticas y programas, sistemas de notificación de incidentes, participación del paciente, enseñanza y formación y otros). A través de cuestionario desarrollado ( "Enfoque multidimensional de la seguridad de los pacientes en el Sector Público establecimientos de salud de Algarve- Portugal Región") con la versión adaptada para profesionales y otra para los usuarios / pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La muestra está compuesta por 376 profesionales de salud (asistentes operativos, enfermeros, médicos, técnicos superiores de salud y técnicos superiores de diagnóstico y terapéutica) y 241 pacientes / usuarios de la región de salud del Algarve, provenientes del cuidado de la salud salud primaria y hospitalaria. Se desarrollaron dos cuestionarios (uno para los profesionales de la salud y otro para los pacientes / usuarios), como instrumento de recogida de datos, éste resultó de un proceso de elaboración y validación partiendo de los referenciales teóricos de la OMS para la Seguridad del Enfermo y de otros que se dedicaron al desarrollo de instrumentos para la evaluación de la seguridad del usuario / paciente (WHO, 2007; Agencia para la Salud y la Investigación de 2008, Ministerio de Sanidad Política e Investigación, 2010). Se efectuó un pre-test a una muestra intencional de expertos en metodologías, profesionales de salud y pacientes, con vistas a la evaluación de la validez facial y del contenido de las preguntas. En el cuestionario dirigido a los profesionales, la parte A, tiene 8 preguntas, en las que las preguntas 1 (Percepción en relación a la gestión y organización de la unidad de salud), 2 (Experiencia en la prestación de atención de salud en la unidad de salud) y 5 (Experiencia en relación al evento adverso que notificó), se presentan en la forma de Escala de Likert de 1 a 10, donde 1 significa que "desacuerdo" 10 "totalmente de acuerdo", 9 para la P1, 12 para la P2 y 7 para la P5, respectivamente. La pregunta 5 sólo es respondida por los profesionales que respondieron que sí a la pregunta 3, que es de respuesta dicotómica (sí o no). Y cuando respondida favorablemente el respondedor tendrá que proceder a la respuesta de las preguntas 4 y 5, en caso contrario pasará directamente a la pregunta 6. La pregunta 4 está compuesta por 9 sub-respuestas de dicotómica (sí o no). Pregunta 6 se refiere a la sensación de seguridad que tienen cuidado de la salud en sus unidades en una escala de 1 a 7, en el que muy inseguro (1) y seguro (7). Las preguntas 7 y 8 son de respuesta abierta. Parte B del cuestionario se compone de sociodemográfico que contiene: sexo, edad, estado civil, el área geográfica de residencia, si usted vive en Portugal o en el extranjero, nivel de educación

y situación laboral. El cuestionario aplicado a los pacientes tiene la misma estructura, pero en la pregunta 2 tiene menos un ítem y la dimensión (pasó a llamarse Experiencia durante la estancia en la unidad de salud), en la pregunta 4 tiene 6 ítems en lugar de 9 (pasó a designarse Ocurrencias durante su hospitalización) y en la pregunta 5 tiene 6 ítems en lugar de los 7 (pasó a designarse Experiencia en relación al error clínico). Después de la recogida de datos, el tratamiento de los datos obtenidos fue efectuado a través del programa informático IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Los análisis descriptivo, comparativo y correlacional de las variables del modelo del estudio (ambientes favorables a la práctica de la seguridad del paciente y cultura de seguridad), se efectuaron en el siguiente modo: Análisis descriptivo de los atributos de cada dimensión, teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión; Análisis de la consistencia global de las escalas de los atributos del modelo en estudio, a través del cálculo de la estadística de Alpha Cronbach; Análisis de la consistencia de las escalas parcelares de los perfiles latentes del modelo de ambiente y de cultura, a través del cálculo de la estadística de Alpha Cronbach; Análisis factorial exploratorio para la caracterización de las variables latentes de la matriz de los atributos del modelo; Realización del análisis factorial confirmatorio a través de la evaluación del modelo de ecuaciones estructurales (SEM) con las dimensiones extraídas de los análisis factoriales; Análisis comparativo y estudio de diferencias de las relaciones entre las unidades de salud estudiadas (hospitales y centros de salud, entre grupos profesionales); Análisis de correlación de las percepciones globales sobre la calidad, la seguridad del paciente y la cultura de seguridad, con los factores extraídos de los análisis factoriales. Para estimar y demostrar el modelo propuesto se utilizó el software Amos para modelización de ecuaciones estructurales (SEM), el objetivo de este análisis en este estudio fue verificar si el instrumento utilizado en la evaluación Multidimensional de la Seguridad del enfermo, aplicado a los pacientes y profesionales en las instituciones de salud la salud explica la Seguridad del Paciente en la Perspectiva de estos. Las preguntas abiertas fueron objeto de análisis de contenido en la forma temática y categorial, seguido de tratamiento léxico usando el programa informático Iramuteq, a efectos del procedimiento lexicométrico del corpus a través del Iramuteq, se tomaron los procedimientos sugeridos por Camargo & Justo (2013). El estudio fue autorizado por la administración del Centro Hospitalario del Algarve y la Administración Regional de Salud del Algarve, después de dictámenes favorables de las Comisiones de Ética.

**RESULTADOS:** El análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario resultó en niveles razonablemente buenos de valores de propiedad. La fiabilidad interna de cada factor identificado para los pacientes, a través de la determinación del coeficiente de alfa de Cronbach's fue de 0.806 (la gestión de la organización de la Unidad de Salud, 9 ítems), 0.896 (experiencia durante su estadía en la unidad de salud, 11 ítems), 0.904 (a la experiencia en relación al incidente (error clínico) que sufrió, 6 ítems); en cuanto a los profesionales fue de, 0.703 (gestión y organización de la Unidad de Salud, 9 ítems), 0.819 (a la percepción sobre su experiencia en la prestación de la atención de salud, 12 ítems), 0.805 (relativo a la notificación del evento adverso, 7 ítems ). Considerados de "Bueno" y "Muy Bueno", en cuanto a la consistencia interna. Aunque el conjunto de dimensiones dentro de los cuestionarios necesita mayor refinamiento de escala, los cuestionarios abarcan una amplia gama de subdimensiones y proporciona informaciones importantes sobre la cultura de seguridad en ambas versiones (Profesionales y Pacientes) permitiendo estimar y demostrar el modelo a través del SEM . En lo que se refiere a las medias de la variable "en relación a la gestión y organización de la Unidad de Salud" son significativamente diferentes entre los dos grupos de pacientes respondidos en el hospital y los del centro de salud. También en cuanto a las medias de la variable "en relación a su experiencia durante su estadía en la unidad de salud" son significativamente diferentes entre los dos grupos de pacientes respondidos en el hospital y los del centro de salud. Las medias de las variables ("Percepción en relación a la gestión y organización de la Unidad de Salud", "Percepción en

relación a su experiencia en la prestación de atención de salud en la unidad de salud", "Experiencia en relación al evento adverso") no son significativamente de los dos grupos de profesionales encuestados en el hospital y los del centro de salud. El efecto más significativo de la profesión ejercida sobre la combinación lineal de variables relativas a la seguridad del paciente se atribuye esencialmente a los componentes, relativa a la información, la formación y la notificación de los profesionales y el relativo a la cultura de penalización y confidencialidad resultante del análisis de contenido, los términos relevantes para los pacientes, presentes en la nube de palabras y en la tabla de frecuencias se encuentran todos interconectados, en particular el vínculo evidente entre la seguridad, la salud y la unidad con el paciente, enfermo, médico profesional, atender y significar. Para los profesionales el significado de seguridad del paciente está relacionado con las palabras, enfermo, salud, seguridad, cuidado, usuario, profesional y paciente. En cuanto a las sugerencias de los pacientes / usuarios para la mejora de las condiciones de seguridad del paciente / usuario se identificó que para los pacientes la mejora de las condiciones de seguridad del paciente está relacionada con las palabras usuario, profesional, esperar, deber, hospital, del punto de vista de los pacientes la evolución de la seguridad del paciente es fruto de la comprensión de los significados de los términos resaltados, así como de la intervención y mejora en esas categorías. Para los profesionales la mejora de las condiciones de seguridad del paciente está relacionada con las palabras profesional, formación, enfermo, salud, servicio, seguridad, recurso, usuario, humano, deber desde el punto de vista de los profesionales la evolución de la seguridad del enfermo es fruto comprensión de los significados de los términos resaltados, así como de la intervención y mejora en esas categorías. El análisis del modelo teórico del "Cuestionario sobre la seguridad del paciente", basado en la investigación efectuada para los pacientes, contiene tres tipos de variables que deben ser incluidas en un modelo de ecuaciones estructurales y el número de dimensiones fue asignado por las respectivas variables latentes. Estos resultados muestran que este modelo de medición se valida y que es posible progresar para el análisis de modelado de ecuaciones estructurales (SEM). En nuestro modelo el valor de RMSEA = 0.088, puede ser un indicativo de adecuado a buen ajuste entre el modelo hipotético y los datos observados. El análisis del modelo teórico del "Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente", basado en la encuesta efectuada para los profesionales, contiene tres tipos de variables que deben ser incluidas en un modelo de ecuaciones estructurales y el número de dimensiones fue asignado por las respectivas variables latentes. Estos resultados muestran que este modelo de medición se valida y que es posible progresar para el análisis de modelado de ecuaciones estructurales (SEM). En nuestro modelo el valor de RMSEA = 0.076, puede ser un indicativo de adecuado a buen ajuste entre el modelo hipotético y los datos observados.

**CONCLUSIONES:** Los AMSDISSPRA-ES versión profesional y usuarios, por lo tanto, son elegibles para medir la cultura de seguridad desde el punto de vista multidimensional. El nivel de cultura de seguridad encontrado en las instituciones de salud de la región del Algarve no es lo deseable (ideal), la falta de recursos humanos y la consiguiente sobrecarga de trabajo condiciona negativamente la prestación de cuidados, ya menudo las jefaturas adopta posturas autoritarias y centralizadoras, que comprometen el trabajo en equipo. Hay evidencia que la región tiene niveles de cultura de seguridad inferiores a los nacionales. Los pacientes tienen un conocimiento deficiente sobre la temática de la seguridad del paciente, claramente evidenciado en sus objetivos de seguridad en la prestación. Como recomendación las Unidades de Salud deben medir de forma consciente todas sus necesidades en cuanto a la carencia de recursos humanos, la falta de elementos y la sobrecarga de trabajo no sólo acentúa las fallas como no permite la satisfacción de los profesionales y condiciona la atención / prestación al usuario / paciente. Es determinante aumentar la participación de la gestión intermedia en la mejora de la seguridad del paciente. Para ello es necesario apoyar la capacitación profesional de sus prestadores en las áreas

de la comunicación y trabajo en equipo a través de acciones de formación en servicio. Fomentar la notificación de los pacientes sobre los eventos y la creación de mecanismos de retroalimentación sobre el tratamiento / evaluación de los eventos identificados por ellos, creación de gabinete del usuario, posibilitando de esta forma la participación efectiva de los enfermos y de las familias en todo el proceso de cuidado.

## Resumo

**INTRODUÇÃO:** A Região de Saúde do Algarve de Portugal é um território com singularidades específicas, marcada por dificuldades estruturais de desenvolvimento dos serviços de saúde, designadamente decorrente da sua distância aos grandes centros urbanos onde se concentram os hospitais especializados. Admite-se que com a mobilização de estratégias locais e a ação coletiva na governação clínica possam minimizar os riscos e maximizar a segurança dos doentes, garantindo assim uma melhoria da qualidade na prestação. O relatório da Comissão Europeia de 2014, respeitante à Segurança do Doente, demonstra a necessidade de melhorar na educação e formação dos profissionais de saúde, no registo de incidentes e utilização dos sistemas de notificação, envolvimento do doente e melhorias nas políticas e programas relativos à segurança do doente. Documentos recentes do Observatório Português da Saúde (2015) sugerem que a segurança do doente e a gestão de risco são áreas de atividade, na qual todos os profissionais, que trabalham no setor dos cuidados de saúde, devem contribuir.

**OBJECTIVO:** O estudo tem como objetivos: Analisar e conhecer os fatores determinantes dos ambientes favoráveis à prática da segurança do doente em organizações de saúde do setor público da Região do Algarve – Portugal; Conhecer a tendência das políticas e das estratégias dos serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente; Contribuir para a melhoria do modelo de intervenção nas organizações de saúde hospitalares e centros de saúde, designadamente ao nível das medidas de atuação nas dimensões da segurança do paciente (políticas e programas, sistemas de notificação de incidentes, envolvimento do doente, ensino e formação e outros). Através de questionário desenvolvido (“Abordagem Multidimensional da Segurança do Doente nas Instituições de Saúde do Sector Público da Região do Algarve- Portugal”) com versão adaptada para os profissionais e outra para os utentes/doentes.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Amostra é composta por 376 profissionais de saúde (assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos superiores de saúde e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) e 241 utentes/doentes/pacientes da região de saúde do Algarve, provenientes dos cuidados de saúde primários e hospitalares. Foram desenvolvidos dois questionários (um para os profissionais de saúde e outro para os utentes/pacientes), como instrumento de recolha de dados, este resultou de um processo de elaboração e validação partindo dos referenciais teóricos da OMS para a Segurança do Doente e de outros autores que se dedicaram ao desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da segurança do utente/paciente/doente (WHO, 2007; Agency For Healthcare Research And Quality 2008; Ministerio de Sanidad Política e Investigación, 2010). Foi efetuado um pré-teste a uma amostra intencional de peritos em metodologias, profissionais de saúde e pacientes, tendo em vista a aferição da validade facial e de conteúdo das perguntas. Ambos os questionários são de autopreenchimento, e são compostos por uma parte A e B. No questionário dirigido aos profissionais, a parte A, tem 8 perguntas, em que as perguntas 1 (Perceção em relação à gestão e organização da unidade de saúde), 2 (Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde) e 5 (Experiência em relação ao evento adverso que notificou), apresentam-se sob a forma de Escala de Likert de 1 a 10, onde 1 significa que "discordo" e 10 "totalmente de acordo", 9 para a P1, 12 para a P2 e 7 para a P5, respetivamente. A pergunta 5 só é respondida pelos profissionais que responderam que sim à pergunta 3, que é de resposta dicotómica (sim ou não). E quando respondida favoravelmente o respondente

terá que proceder à resposta das perguntas 4 e 5, em caso contrário passará diretamente para a pergunta 6. A pergunta 4 é composta por 9 subquestões de resposta dicotómica (sim ou não). A pergunta 6 diz respeito à sensação de segurança que têm dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde numa escala de 1 a 7, em que muito insegura (1) e muito segura (7). As perguntas 7 e 8 são de resposta aberta. A parte B do questionário é composta pela caracterização sociodemográfica que contém: o género, a idade, o estado civil, a área geográfica da residência, se reside em Portugal ou no estrangeiro, grau de ensino e situação profissional. O questionário aplicado aos pacientes tem a mesma estrutura, contudo na pergunta 2 tem menos um item e a dimensão (passou a chamar-se Experiência durante a estada na unidade de saúde), na pergunta 4 tem 6 itens em vez de 9 (passou a designar-se Ocorrências durante a sua hospitalização) e na pergunta 5 tem 6 itens em lugar dos 7 (passou a designar-se Experiência em relação ao erro clínico). Após a recolha de dados, o tratamento dos dados obtidos foi efetuado através do programa informático IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). As análises descritiva, comparativa e correlacional das variáveis do modelo do estudo (ambientes favoráveis à prática da segurança do doente e cultura de segurança), foram efetuadas no modo seguinte: Análise descritiva dos atributos de cada dimensão, tendo em conta as medidas de tendência central e de dispersão; Análise da consistência global das escalas dos atributos do modelo em estudo, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*; Análise da consistência das escalas parcelares dos perfis latentes do modelo de ambiente e de cultura, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*; Análise fatorial exploratória para a caracterização das variáveis latentes da matriz dos atributos do modelo; Realização da análise fatorial confirmatória através da avaliação do modelo de equações estruturais (SEM) com as dimensões extraídas das análises fatoriais; Análise comparativa e estudo de diferenças das relações entre as unidades de saúde estudadas (hospitais e centros de saúde; entre grupos profissionais); Análise de correlação das perceções globais sobre a qualidade, a segurança do paciente e a cultura de segurança, com os fatores extraídos das análises fatoriais. Para estimar e demonstrar o modelo proposto utilizou-se o *software* Amos para modelização de equações estruturais (SEM), o objetivo desta análise neste estudo foi verificar se o instrumento utilizado na avaliação Multidimensional da Segurança do Doente, aplicado aos pacientes e profissionais nas instituições de saúde explica a Segurança do Paciente na Perspetiva destes. As perguntas abertas foram objeto de análise de conteúdo na forma temática e categorial, seguido de tratamento lexical usando o programa informático Iramuteq, para efeitos do procedimento lexicométrico do corpus através do Iramuteq, tomaram-se os procedimentos sugeridos por Camargo & Justo (2013). O estudo foi autorizado pela administração do Centro Hospitalar do Algarve e Administração Regional de Saúde do Algarve, após pareceres favoráveis das Comissões de Ética respetivas.

**RESULTADOS:** A análise das propriedades psicométricas do questionário resultou em níveis razoavelmente bons de valores de propriedade. A fiabilidade interna de cada fator identificado para os pacientes, através da determinação do coeficiente de alpha de Cronbach's foi de 0.806 (a gestão da organização da Unidade de Saúde, 9 itens), 0.896 (experiência durante a sua estada na unidade de saúde, 11 itens), 0.904 (à experiência em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu, 6 itens); quanto aos profissionais foi de, 0.703 (gestão e organização da Unidade de Saúde, 9 itens), 0.819 (à perceção sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, 12 itens), 0.805 (relativo à notificação do evento adverso, 7 itens). Considerados de "Bom" e "Muito Bom", quanto à consistência interna. Embora o conjunto de dimensões dentro dos questionários necessite de maior refinamento de escala, os questionários abrangem uma ampla gama de subdimensões e fornece informações importantes sobre a cultura de segurança em ambas as versões (Profissionais e Pacientes) permitindo estimar e demonstrar o modelo através do SEM. No que diz respeito às médias da variável "em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde" são significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes respondentes

no hospital e os do centro de saúde. Também quanto às médias da variável “em relação à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde” são significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes respondentes no hospital e os do centro de saúde. As médias das variáveis (“Percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde”, “Percepção em relação à sua experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde”, “Experiência em relação ao evento adverso”) não são significativamente diferentes entre os dois grupos de profissionais respondentes no hospital e os do centro de saúde. O efeito mais significativo da profissão exercida sobre a combinação linear de variáveis respeitantes à segurança do doente é essencialmente atribuído às componentes, relativa à informação, formação e notificação dos profissionais e relativa cultura de penalização e confidencialidade. Resultante da análise de conteúdo os termos relevantes para os pacientes, presentes na nuvem de palavras e na tabela de frequências encontram-se todos interligados, nomeadamente a ligação evidente entre a segurança, saúde e unidade com paciente, doente, médico profissional, atender e significar. Para os profissionais o significado de segurança do doente está relacionado com as palavras, doente, saúde, segurança, cuidado, utente, profissional e paciente. Quanto às sugestões dos Pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente/utente identificou-se que para os pacientes a melhoria das condições de segurança do doente está relacionada com as palavras utente, profissional, esperar, dever, hospital, do ponto de vista dos pacientes a evolução da segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como da intervenção e melhoria nessas categorias. Para os profissionais a melhoria das condições de segurança do doente está relacionada com as palavras profissional, formação, doente, saúde, serviço, segurança, recurso, utente, humano, dever do ponto de vista dos profissionais a evolução da segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como da intervenção e melhoria nessas categorias. A análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente”, baseado na pesquisa efetuada para os pacientes contém três tipos de variáveis que devem ser incluídas num modelo de equações estruturais e o número de dimensões foi alocado pelas respetivas variáveis latentes. Estes resultados mostram que este modelo de mensuração é validado e que é possível progredir para análise de modelagem de equações estruturais (SEM). No nosso modelo o valor de RMSEA=0.088, pode ser um indicativo de adequado a bom ajuste entre o modelo hipotético e os dados observados. O análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente”, baseado na pesquisa efetuada para os profissionais contém três tipos de variáveis que devem ser incluídas num modelo de equações estruturais e o número de dimensões foi alocado pelas respetivas variáveis latentes. Estes resultados mostram que este modelo de mensuração é validado e que é possível progredir para análise de modelagem de equações estruturais (SEM). No nosso modelo o valor de RMSEA=0.076, pode ser um indicativo de adequado a bom ajuste entre o modelo hipotético e os dados observados.

**CONCLUSÃO:** Os AMSDISSPRA-PT versão profissionais e utentes, portanto, são elegíveis para medir a cultura de segurança do ponto de vista multidimensional. O nível de cultura de segurança encontrado nas instituições de saúde da região do Algarve não é o desejável (ideal), a falta de recursos humanos e a consequente sobrecarga de trabalho condiciona negativamente a prestação de cuidados, e muitas vezes, as chefias adotam posturas autoritárias e centralizadoras, que comprometem o trabalho em equipa. Há evidência que a região tem níveis de cultura de segurança inferiores aos nacionais. Os doentes têm um conhecimento deficiente relativo à temática da segurança do doente, claramente evidenciado nos seus objetivos de segurança na prestação. Como recomendação as Unidades de Saúde devem aferir, de forma consciente, todas as suas necessidades relativamente à carência de recursos humanos, a falta de elementos e a sobrecarga de trabalho não só acentua as falhas como não permite a satisfação dos profissionais e condiciona a atenção/prestação ao utente/paciente/doente. É determinante aumentar o



envolvimento da gestão intermédia na melhoria da segurança do doente. Para tal é necessário apoiar a capacitação profissional dos seus prestadores nas áreas da comunicação e trabalho de equipa através de ações de formação em serviço. Fomentar a notificação dos pacientes relativamente aos eventos e criação de mecanismos de feedback relativamente ao tratamento/avaliação dos eventos por eles identificados, criação de gabinete do utente, possibilitando desta forma a participação efetiva dos doentes e respetivas famílias em todo o processo de cuidado.



## Índice

Índice .....	xiii
Índice de Figuras.....	xxi
Índice de Gráficos .....	xxiii
Índice de Quadros .....	xxv
Índice de Tabelas.....	xxvii
Abreviaturas .....	xxxvii
<b>Capítulo I – Introdução .....</b>	<b>45</b>
1.1 Relevância do Tema.....	45
1.2 Delimitação do problema .....	47
1.3 Objetivos do Estudo.....	48
1.4 Estrutura do Trabalho.....	50
<b>Capítulo II – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>53</b>
2.1 Qualidade.....	53
2.1.1 Conceito de Qualidade .....	53
2.1.2 Qualidade em Saúde .....	55
2.1.3 Indicadores da Qualidade em Saúde.....	61
2.2 Segurança do Doente .....	62
2.2.1 As origens da Segurança do Doente .....	62
2.2.2 Taxonomia da Segurança do Doente .....	65
2.3 A Cultura de Segurança .....	71
2.3.1 A Organização e a Cultura de Segurança .....	72
2.3.2 O doente e a Cultura de Segurança .....	78
2.4 Dimensões da Segurança do Doente.....	82
2.4.1 Trabalho em Equipa .....	82
2.4.2 Comunicação .....	83

2.4.3	Liderança e Coordenação.....	87
2.4.4	Erro Clínico .....	88
2.4.5	Notificação .....	92
2.5	Estudos realizados sobre a cultura de segurança do doente.....	97
2.5.1	Estudos realizados em Portugal .....	97
2.5.2	Estudos realizados na Europa .....	99
2.5.3	Estudos realizados nos EUA e Canadá.....	102
2.6	O que está a ser feito para a mudança.....	106
2.7	Formação em Segurança do Doente .....	111
<b>Capítulo III – Saúde em Portugal – Região do Algarve.....</b>		<b>123</b>
3.1	Saúde em Portugal .....	123
3.2	Unidades de Saúde da Região do Algarve .....	136
3.2.1	Administração Regional de Saúde do Algarve .....	136
3.2.2	Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) .....	142
3.3	Indicadores de Segurança do Doente nas Unidades de Saúde do Algarve..	146
3.3.1	Indicadores de Segurança da Administração Regional de Saúde do Algarve .....	146
3.3.2	Indicadores de Segurança do Doente no Centro Hospitalar Universitário do Algarve .....	150
3.4	Caraterísticas Sociodemográficas da População Algarvia .....	185
<b>Capítulo IV – Metodologia .....</b>		<b>189</b>
4.1	Introdução .....	189
4.2	Procedimentos Metodológicos .....	189
4.3	Questões de Investigação/Objetivos/ Hipóteses .....	190
4.4	Variáveis .....	191
4.5	População e Amostra.....	192

4.6	Instrumentos de Recolha de Dados.....	193
4.7	Recolha de dados.....	196
4.8	Procedimento para tratamento de resultados. ....	197
4.9	Limites Éticos do Estudo .....	201
<b>Capítulo V – Resultados .....</b>		<b>205</b>
5.1	Pacientes.....	205
5.1.1	Gestão e Organização da Unidade de Saúde .....	205
	Alínea a) - Análise descritiva.....	205
	Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	206
	Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	207
	Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	209
5.1.2	Experiência durante a estada na unidade de saúde .....	212
	Alínea a) - Análise descritiva.....	212
	Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	213
	Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	214
	Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	217
5.1.3	Ocorrência de Eventos Adversos e Avaliação da Perceção da Segurança do Doente .....	220
	Alínea a) - Análise descritiva.....	220
	Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	221
	Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	222
	Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	224
	Alínea e) - Diferenças - comparação de médias entre as componentes.....	226
	Alínea f) - Correlações (entre fatores: regressores) entre as componentes....	227
5.2	Profissionais.....	228
5.2.1	Gestão e Organização da Unidade de Saúde .....	228

Alínea a) - Análise descritiva.....	228
Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	229
Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	230
Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	233
5.2.2 Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde..	236
Alínea a) - Analise descritiva.....	236
Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	237
Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	239
Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	242
5.2.3 Notificação de Eventos Adversos e Avaliação da Perceção da Segurança do Doente .....	245
Alínea a) - Analise descritiva.....	245
Alínea b) - Alpha Cronbach global .....	247
Alínea c) - Fatorial Exploratória .....	248
Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios).....	250
Alínea e) - Diferenças - comparação de médias .....	252
Alínea f) - Correlações (entre fatores: regressores) .....	253
5.3 Tratamento do corpus das perguntas abertas P7 e P8 - Tratamento lexicométrico .....	254
5.3.1 Tema 1 - Perceção do significado de segurança do paciente/doente/utente .....	254
5.3.1.1 Tema 1a: Perceção dos Pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente/doente/utente - SIGSEG (P7).....	254
5.3.1.2 Tema 1b: Perceção dos Profissionais sobre o significado de segurança do paciente/doente/utente - SIGSEG (P7) .....	261
5.3.2 Tema 2 - Sugestões para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente.....	268

5.3.2.1	Tema 2a: Sugestões dos Pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente - SUGMEL (P8) .....	268
5.3.2.2	Tema 2b: Sugestões dos Profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente - SUGMEL (P8) .....	273
5.4	Análise de Modelos Teóricos.....	280
5.4.1	Análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente: Perspetiva dos Pacientes” .....	280
5.4.2	Análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente: Perspetiva dos Profissionais” .....	284
<b>Capítulo VI – Discussão .....</b>		<b>293</b>
6.1	Discussão – Utentes/Pacientes/Doentes .....	295
6.1.1	Avaliação da perceção da segurança do Doente pelos Pacientes .....	295
6.1.2	A cultura de SD – Pacientes.....	296
6.1.3	Gestão e organização da Unidade de Saúde.....	296
6.1.4	Experiência durante a estada na Unidade de Saúde .....	300
6.1.5	Ocorrência de Eventos Adversos.....	303
6.1.6	Experiência em relação ao incidente (erro clínico).....	305
6.2	Discussão - Profissionais.....	307
6.2.1	Avaliação da perceção da segurança do Doente pelos profissionais de saúde .....	307
6.2.2	Caraterização da sociodemográfica .....	307
6.2.3	A cultura de SD - Profissionais.....	309
6.2.4	Gestão e Organização da Unidade de Saúde .....	309
6.2.5	Experiência na prestação de cuidados de saúde na Unidade de Saúde .	312
6.2.6	Notificação de eventos adversos .....	315
6.2.7	A avaliação da experiência relativamente ao evento adverso .....	317
6.3	Perguntas abertas.....	319

6.3.1	Opinião sobre o significado de segurança do doente numa unidade de saúde .....	319
6.3.2	Sugestões para a melhoria da segurança do doente na unidade de saúde . .....	323
<b>Capítulo VII – Conclusão .....</b>		<b>327</b>
7.1	Limitações ao Estudo.....	327
7.2	Conclusão.....	328
7.3	Recomendações.....	332
<b>Capítulo VIII – Bibliografia .....</b>		<b>337</b>
<b>Capítulo IX – Anexos.....</b>		<b>379</b>
	Anexo A. Autorização da ARS Algarve para a realização do estudo nas unidades de saúde suas constituintes .....	379
	Anexo B. Autorização para a realização do estudo por parte da comissão de ética para a saúde do CHA. ....	380
	Anexo C. Autorização da Direção Clínica do CHA para a realização do estudo ....	382
	Anexo D. Pedido de Autorização para Apresentação da Tese de Doutoramento noutro Idioma.....	385
	Anexo E. Autorização para Apresentação da Tese de Doutoramento noutro Idioma .....	386
	Anexo F. Questionário Aplicado aos Pacientes .....	387
	Anexo G. Questionário Aplicado aos Profissionais.....	392
	Anexo H. Perceção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Diagrama de Zipf.....	397
	Anexo I. Perceção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.....	398
	Anexo J. Perceção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais.....	400



Anexo K. Perceção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Diagrama de Zipf.....	401
Anexo L. Perceção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.....	402
Anexo M. Perceção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais.	404
Anexo N. Segmentos de texto mais relevantes do corpus sobre o significado de segurança do paciente.....	405
Anexo O. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Diagrama de Zipf. ....	407
Anexo P. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.....	408
Anexo Q. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais. .....	410
Anexo R. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Diagrama de Zipf.....	411
Anexo S. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais. .....	412
Anexo T. Segmentos de texto mais relevantes do corpus sobre sugestões de melhoria das condições de segurança do paciente. ....	413



## Índice de Figuras

Figura 1. Ciclo de Deming (Ciclo PDCA); .....	54
Figura 2. Trilogia de processos de Juran; .....	54
Figura 3. Círculo de segurança .....	76
Figura 4. O modelo do “queijo-suíço de Reason .....	91
Figura 5. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Nuvem de Palavras .....	256
Figura 6. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Similitude (coocorrências).....	258
Figura 7. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais.....	259
Figura 8. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Projeção fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	260
Figura 9. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Nuvem de Palavras. ....	263
Figura 10. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Similitude (coocorrências).....	265
Figura 11. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais.....	266
Figura 12. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Projeção fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais .....	267
Figura 13. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Nuvem de Palavras.....	270
Figura 14. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Similitude (coocorrências).....	271
Figura 15. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais.....	272
Figura 16. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Nuvem de Palavras.....	275
Figura 17. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Similitude (coocorrências).....	277
Figura 18. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais.....	278

Figura 19. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Projeção fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	280
Figura 20. Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspetiva dos Pacientes. ....	280
Figura 21. Estimativas estandardizadas e valores de regressão do Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspetiva dos Pacientes. ....	284
Figura 22. Modelo estrutural da Segurança do Paciente na Perspetiva dos Profissionais. ....	285
Figura 23. Estimativas estandardizadas e valores de regressão do Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspetiva dos Profissionais. ....	289

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Tipologia das notificações dos eventos adversos ano de 2011 CHBA.....	157
Gráfico 2. Tipologia das notificações medicamento ano de 2011 CHBA .....	157
Gráfico 3. Nº de notificações Eventos Adversos 2011 CHBA .....	158
Gráfico 4. Nº de notificações Eventos Adversos por Serviço 2011 CHBA .....	158
Gráfico 5. Nº de notificações ano de 2011 versus ano de 2012 CHBA .....	159
Gráfico 6. Tipologia das notificações ano de 2012 CHBA.....	159
Gráfico 7. Nº de notificações ano de 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lagos .....	160
Gráfico 8. Nº de notificações por Serviço ano de 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lagos .....	161
Gráfico 9. Tipologia das notificações 2013 CHA.....	162
Gráfico 10. Classificação das Notificações 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lago.....	162
Gráfico 11. Nº de notificações por Serviço ano de 2014 CHA- Unidade de Portimão/Lagos ...	163
Gráfico 12. Tipologia das notificações 2014 CHA.....	164
Gráfico 13. Classificação das Notificações 2014 CHA- Unidade de Portimão/Lagos .....	164
Gráfico 14. Notificações por Serviço 2016 CHA .....	165
Gráfico 15. Variação Mensal Notificações 2016 CHA.....	166
Gráfico 16. Tipologia das Notificações 2016 CHA .....	166
Gráfico 17. Nº de Notificações (2011/2017 1º Semestre) CHA .....	167
Gráfico 18. Comparação total de quedas notificadas 2010/2012 CHBA .....	168
Gráfico 19. Quedas por mês 2011 CHBA .....	168
Gráfico 20. Notificação de quedas por turno 2011 CHBA.....	169
Gráfico 21. Quedas por Causa 2011 CHBA.....	169
Gráfico 22. Quedas por Local 2011 CHBA .....	170
Gráfico 23. Tipo de lesões das quedas notificadas em 2011 CHBA .....	170
Gráfico 24. Variação do nº de quedas notificadas em 2013/2016 CHA (Unidades de Portimão/Lagos).....	171
Gráfico 25. Variação do nº de quedas mensais 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos).....	171
Gráfico 26. Causa das quedas notificadas em 2015, CHA (Unidades de Portimão/Lagos .....	172
Gráfico 27. Nº de quedas com lesões notificadas em 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos) .....	172
Gráfico 28. Nº de quedas por turno 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos).....	172
Gráfico 29: Taxa de conformidade global lista de verificação pré-operatória, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....	174

Gráfico 30. Taxa de conformidade global lista de verificação pré operatória por Serviço 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos) .....	174
Gráfico 31: Taxa de conformidade global preenchimento Check-list Cirúrgica 2011 a 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....	175
Gráfico 32: Taxa de conformidade global preenchimento Check-list Cirúrgica 2011 a 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....	175
Gráfico 33: Taxa de conformidade global -Carro de Unidose, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....	177
Gráfico 34: Taxa de conformidade global - Armazenamento e acondicionamento de medicamentos geral, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos) .....	177
Gráfico 35: Taxa de conformidade global - Armazenamento e acondicionamento de cofres de estupefacientes, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....	178
<i>Gráfico 36: Taxa de cumprimento global identificação do doente ambulatório, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....</i>	<i>179</i>
<i>Gráfico 37: Taxa de cumprimento global identificação do doente ambulatório, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos):.....</i>	<i>180</i>
<i>Gráfico 38: Taxa de conformidade identificação do doente no internamento, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos).....</i>	<i>180</i>
<i>Gráfico 39: % de conhecimento da identificação positiva doente no internamento por profissionais, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos):.....</i>	<i>181</i>

## Índice de Quadros

Quadro 1. Classificação Internacional Segurança Doente (CISD).....	65
Quadro 2. Aspetos relevantes do Trabalho de Equipa.....	83
Quadro 3. ACES da ARSA; .....	138
Quadro 4. Centros de Saúde dos ACES Central;.....	139
Quadro 5. Centros de Saúde dos ACES Barlavento .....	140
Quadro 6. Centros de Saúde dos ACES Sotavento; .....	141
Quadro 7. Estrutura Orgânica Serviços Clínicos CHUA; .....	143
Quadro 8. Serviços de Apoio à prestação de cuidados de saúde, gestão e logística CHUA; ....	144
Quadro 9. Comissões Técnicas CHUA;4 .....	144
Quadro 10. Nº de funcionários do CHUA;.....	145
Quadro 11. Nº de camas do CHUA;.....	145
Quadro 12. Documentos Relativos à Segurança do Doente do CHBA.....	152
Quadro 13. Indicadores de Desempenho da Segurança do Doente.....	154
Quadro 14. Normas de Hospitalares do Segurança do Doente .....	154
Quadro 15. Documentos Associados ao Segurança do Doente.....	155
Quadro 16. Novos Indicadores Programa de segurança do doente .....	155
Quadro 17. Normas Hospitalares Segurança do doente Centro Hospitalar do Algarve .....	160
Quadro 18. Centros de Saúde da ARS que integraram a população do estudo .....	192





## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos estudos realizados em Portugal.....	99
Tabela 2. Caracterização dos estudos realizados na Europa .....	101
Tabela 3. Caracterização dos estudos realizados nos Estados Unidos da América, Canadá e Austrália .....	103
Tabela 4. Distribuição das Unidades por taxa de adesão (ARS).....	149
Tabela 5. Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSALG).....	183
Tabela 6. Estatística descritiva das respostas dos doentes de saúde quanto à perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=241).....	205
Tabela 7. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os Pacientes. ....	206
Tabela 8. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes. (N=241) .....	206
Tabela 9. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas à gestão e organização da Unidade de Saúde.....	207
Tabela 10. Análise de componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os pacientes. (N=241).....	207
Tabela 11. Teste de KMO e Bartlett respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os pacientes (n=241).....	208
Tabela 12. Variância total explicada respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=241).....	208
Tabela 13. Análise de componente principais sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser para os pacientes (N=241). ....	209
Tabela 14. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241)..	209
Tabela 15. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente I relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).....	210
Tabela 16. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas a gestão da organização da Unidade de Saúde, relativo à componente I para os pacientes (N=241).....	210

Tabela 17. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente II relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).	210
Tabela 18. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo à componente II relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).	211
Tabela 19. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas a gestão da organização da Unidade de Saúde, relativo à componente II.(N=241).	211
Tabela 20. Estatística descritiva das respostas dos pacientes quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).	212
Tabela 21. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde. (N=241).	213
Tabela 22. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).	214
Tabela 23. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).	214
Tabela 24. Análise de componente principal e cargas fatoriais dos itens respostas quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde para os pacientes (N=241).	215
Tabela 25. Teste de KMO e Bartlett quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde para os pacientes (N=241).	215
Tabela 26. Variância total explicada quanto à experiência do paciente durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).	216
Tabela 27. Análise de componente principais sobre a experiência do paciente durante a sua estada na unidade de saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=241).	217
Tabela 28. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde. (N=241).	217
Tabela 29. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente I respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241.)	218
Tabela 30. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde, relativa à componente I (N=241).	218

Tabela 31. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente II relacionada com experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241). .....	218
Tabela 32. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente II, respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241). .....	219
Tabela 33. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde, relativa à componente I (N=241). .....	219
Tabela 34. Frequências de resposta à pergunta 3, “Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?” .....	220
Tabela 35. Frequências de resposta à pergunta 3, “Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?”, quanto à descrição do Incidente. .....	220
Tabela 36. Frequências de resposta quanto ao tipo de Incidente. .....	220
Tabela 37. Estatística descritiva das respostas dos doentes quanto à sua experiência em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	221
Tabela 38. Frequências de resposta à pergunta, “Sensação de segurança que reteve dos cuidados de saúde prestados por parte dos profissionais durante o tempo em que esteve na unidade de saúde” (N=241). .....	221
Tabela 39. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu. .....	222
Tabela 40. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	222
Tabela 41. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	222
Tabela 42. Análise de componente principal e cargas fatoriais dos itens respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	223
Tabela 43. Teste de KMO e Bartlett quanto à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	223
Tabela 44. Variância total explicada quanto à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). .....	223
Tabela 45. Análise das componentes principais respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=18). .....	224

Tabela 46. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu. ....	224
Tabela 47. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). ....	225
Tabela 48. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu, para a componente I (N=18). ....	225
Tabela 49. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente II relacionada com a experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). ....	225
Tabela 50. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos doentes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). ....	226
Tabela 51. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu, para a componente II (N=18). ....	226
Tabela 52. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre os pacientes respondentes no Hospital (N=157) e os do Centro de Saúde (N=84) nas componentes principais encontradas. ....	227
Tabela 53. Correlações bivariadas entre Hospital (N=157) e Centro de Saúde (N=84) nas componentes principais extraídas da Segurança do Doente. ....	228
Tabela 54. Estatística descritiva das respostas dos profissionais de saúde quanto à perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367). ....	229
Tabela 55. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo às componentes relacionadas com a gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367). ....	229
Tabela 56. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367). ....	230
Tabela 57. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais quanto às componentes relacionadas à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367). ....	230
Tabela 58. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367). ....	231
Tabela 59. Teste de KMO e Bartlett respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367). ....	231

Tabela 60. Variância total explicada respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367).....	232
Tabela 61. Análise das componentes principais relativa à percepção dos profissionais sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=367). .....	233
Tabela 62. Coeficiente de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente I relacionadas com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).....	233
Tabela 63. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relacionada com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).....	234
Tabela 64. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais quanto à componente I relacionada à gestão e organização da Unidade de Saúde.....	234
Tabela 65. Coeficiente de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à componente II relacionadas com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).....	234
Tabela 66. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relacionada com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).....	235
Tabela 67. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais à componente II relacionada à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367). .....	235
Tabela 68. Estatística descritiva das respostas dos profissionais de saúde quanto à percepção sobre a experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	237
Tabela 69. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo aos profissionais quanto à percepção sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).....	237
Tabela 70. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante aos profissionais sobre a sua percepção quanto à experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).....	238
Tabela 71. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais sobre a sua percepção quanto à a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	239
Tabela 72. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respostas sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367). .....	239
Tabela 73. Teste de KMO e Bartlett sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367). .....	240

Tabela 74. Variância total explicada sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367). .....	240
Tabela 75. Análise das componentes principais sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=367). .....	241
Tabela 76. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente I (N=367).....	242
Tabela 77. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	242
Tabela 78. Análise de variância (ANOVA) sobre a percepção dos profissionais quanto à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente I (N=367). .....	243
Tabela 79. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente II (N=367).....	243
Tabela 80. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	243
Tabela 81. Análise de variância (ANOVA) sobre a percepção dos profissionais quanto à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente II (N=367). .....	244
Tabela 82. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente III (N=367).....	244
Tabela 83. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal III e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	244
Tabela 84. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367). .....	245
Tabela 85. Frequências de resposta à pergunta 3, “Já notificou algum evento adverso na sequência da prestação de cuidados?” .....	245
Tabela 86. Frequências de resposta à pergunta 3, “Já notificou algum advento adverso na sequência da prestação de cuidados?”, quanto à descrição do evento adverso. ....	245
Tabela 87. Frequências de resposta quanto ao tipo de evento adverso notificado (N=108)...	246

Tabela 88. Estatística descritiva das respostas dos profissionais quanto à sua experiência em relação ao evento Adverso (N=116).....	246
Tabela 89. Frequências de resposta à pergunta 6, “Sensação de segurança dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde” (N=367). .....	247
Tabela 90. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso.....	247
Tabela 91. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativos à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde.....	247
Tabela 92. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso (N=63). .....	248
Tabela 93. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitante à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (N=63). .....	248
Tabela 94. Teste de KMO e Bartlett respeitante à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (n=63). .....	249
Tabela 95. Variância total explicada quanto à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (n=63). .....	249
Tabela 96. Análise de componente principais quanto à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=63). .....	249
Tabela 97. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde, para a componente I. ....	250
Tabela 98. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativa à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde. ....	250
Tabela 99. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso, para a componente I. ....	250
Tabela 100. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde, para a componente II. ....	251
Tabela 101. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativa à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde. ....	251
Tabela 102. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso, para a componente II. ....	251

Tabela 103. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre Hospital (N=185) e Centro de Saúde (N=91) nas componentes principais nos profissionais. ....	252
Tabela 104. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre os profissionais nas componentes principais. ....	252
Tabela 105. Testes posteriori de Tukey HSD de variâncias entre grupos profissionais: Médico (N=29), TSTD (N=103), Assistente operacional (N=43) e Enfermeiro (N=191) nas componentes principais. ....	253
Tabela 106. Correlações bivariadas entre Hospital (N=256) e Centro de Saúde (N=63) nas componentes principais extraídas da Segurança do Doente nos profissionais. ....	253
Tabela 107. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Principais frequências lexicais (formas ativas). ....	255
Tabela 108. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	259
Tabela 109. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Peso fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	260
Tabela 110. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Principais frequências lexicais (formas ativas) ....	262
Tabela 111. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	266
Tabela 112. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente: Peso fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais ....	267
Tabela 113. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Principais frequências lexicais (formas ativas). ....	269
Tabela 114. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	272
Tabela 115. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Principais frequências lexicais (formas ativas). ....	274
<i>Tabela 116. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais. ....</i>	<i>279</i>
Tabela 117. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Peso fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais. ....	280
Tabela 118. Valores das regressões múltiplas do modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspetiva dos Pacientes. ....	282



Tabela 119. Índices de aderência do modelo de equação estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Pacientes.....	283
Tabela 120. Valores das regressões múltiplas do modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Profissionais.....	286
Tabela 121. Índices de aderência do modelo de equação estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Profissionais.....	287



## Abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSD	Avaliação da Cultura de Segurança do Doente
ACSD – CSP	Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AHRO	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
AMSDISPRA	Avaliação multidisciplinar da Segurança do Doente nas Instituições de Saúde Públicas na Região do Algarve
ANOVA	Análise de Variância
AO	Assistente Operacional
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSALE	Administração Regional de Saúde do Alentejo
ARSALG	Administração Regional de Saúde do Algarve
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
BO	Bloco Operatório
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CCI	Comissão controlo da Infeção
CFI	Comparative Fit Index
CHA	Centro Hospitalar do Algarve
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
CHKS	<i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CHUA	Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CISD	Classificação Internacional Segurança do Doente

COMAC	Programa de Ação Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais
CMIN	chi-square (Minimum of Discreoancy Funcion
CMIN/DF	chi-square values (Dedrees of Freedom
CNQ	Conselho Nacional da Qualidade
CS	Cultura de Segurança
CSD	Cultura de Segurança do Doente
CSDMQ-CAOG	Comité de Segurança e Melhoria da Qualidade de Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CVR	Razão de Validade de Conteúdo
DGS	Direção Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DQS	Departamento da Qualidade em Saúde
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENQS	Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	Entidade Pública Empresarial
US	Estados Unidos
EUA	Estados Unidos da América
EV	Evento Adverso
GFI	Goodness of the Index
GQ	Gestor da Qualidade
HDF	Hospital Distrital de Faro
HIV	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IFI	Incremental Fit Index
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IP	Instituto Público
IQIP	International Quality Indicator Project
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
IV	Intravenosa
JCAHO	Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LVSC	Lista de Verificação Segurança Cirúrgica
MSD	Manual de segurança do doente
N	Nº amostra
NFI	Normed Fit Index
NH	Norma Hospitalar
NI	Notificação Informatizada
NHS	<i>National Health Service</i>
NM	Notificação Manuscrita
NP	Norma de Procedimento
NPSA	National Patient Safety Alerting
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCFI	Parsimony – Adjusted Comparative Fit Index
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Action</i>
PDS	Plataforma de Dados de Saúde

PHSDCHBA	Programa Hospitalar de Segurança do Doente do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
PIB	Produto Interno Bruto
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PRATIO	Parsimony – Adjusted Normed Fit Index
PRN	Percentagem de Respostas Negativas
PRP	Percentagem de Respostas Positivas
PSQCWG	Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission
RALg.PT	Região do Algarve Portugal
RACSCSP	Relatório Avaliação da Cultura de Segurança Cuidados de saúde Primários
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RSDACH	Relatório Segurança do Doente Avaliação da Cultura nos Hospitais
SC	Segurança Cirúrgica
SD	Segurança do Doente
SEIPS	Systems Engineering Initiative for Patient Safety
SEM	Modelização de Equações Estruturais
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRI	Sistema de Relato de Incidentes
SSP	Sistema de Saúde Português
SNNIEA	Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
TLI	Tucker-Lewis Index
TSDT	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UIDA	Unidade de Internamento de Doentes Agudos

UHL	Unidade Hospitalar de Lagos
UHP	Unidade Hospitalar de Portimão
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
US	United States
USF	Unidades de Saúde Familiar





## ***Capítulo I***

---

### **Introdução**

---



## Capítulo I – Introdução

---

Este trabalho, elaborado no âmbito do doutoramento em Ciências da Saúde, está focalizado na área da Segurança do Doente<sup>1</sup> como fator crucial e indissociável na prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, este capítulo clarifica sobre a relevância deste tema, a delimitação do problema, os objetivos que estabelecemos e faz uma breve descrição da estrutura de todo o trabalho.

### 1.1 Relevância do Tema

O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo tem sido realizado através da translação do domínio industrial e adquire proeminência em todos os sectores de atividade, fazendo parte, cada vez mais, do conjunto de ideias e base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. O cenário mundial evidencia que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética. A característica de responsabilidade ética e social da qualidade em serviços torna-se ainda mais importante quando direcionada aos serviços públicos. As organizações do sector público são as maiores prestadoras de bens e serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade (Estefano, 1996).

Em Portugal a prestação de cuidados de saúde à população é assegurada na sua grande maioria por instituições, em que o controlo do seu desempenho por ferramentas da gestão da qualidade é uma prática crescente.

A prestação de cuidados é assim suscetível de comportar ocorrências com graves consequências para os doentes, profissionais, instituições e para a sociedade em geral. Estas traduzem-se na qualidade de vida dos doentes, na perda de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, na insatisfação e desmoralização dos profissionais envolvidos, no aumento de custos sociais e económicos, em situações de litígio e na redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados (NPSA, 2004).

1- Neste estudo os termos doente, paciente e utente, embora com significados diferentes, são usados como se leem, tendo aqui o mesmo significado

A preocupação com problemática da Segurança do Doente (SD) por parte dos vários governos de diferentes latitudes e organizações internacionais é crescente face ao elevado número de incidentes reportados pelos cidadãos, sem que haja a notificação destes por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

O impacto negativo resultante dos incidentes da prestação de cuidados de saúde é uma realidade para o doente afetado, mas, deve ser encarado como um problema a ser resolvido por todos os atores intervenientes.

A necessidade de mudança de paradigma na relação profissional de saúde – doente tem sido (re) forçada pelo aumento da informação disponível que o doente tem sobre a sua condição de saúde. No passado este depositava toda a confiança nos profissionais de saúde sem julgar as consequências da sua intervenção na prestação de cuidados de saúde.

A partir do momento que o doente acede à informação não só sobre a doença, mas, e sobretudo sobre as possibilidades de tratamentos disponíveis e respetivos resultados expectáveis a estes associados. A sua capacidade de “confrontar” os profissionais sobre eventuais incidentes decorrentes da prestação de cuidados é muito superior ao que outrora acontecia o que nem sempre tem o melhor acolhimento por parte dos profissionais.

Não devendo ser este o motivo *major* que nos move para contribuir para a mudança de paradigma no que diz respeito à segurança do doente, mas sim o superior interesse da preservação da vida humana, garantido desta forma os princípios fundamentais que as constituições dos países civilizados salvaguardam independentemente das questões económicas.

Os custos associados aos incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde não podem ser negligenciados não só para o doente, mas para todo o sistema de prestação de cuidados de saúde. O recurso por parte das instituições de saúde a Sistemas de Acreditação é uma prática corrente e crescente, contudo é necessário a efetivação dos processos envolvendo todos os interessados (doentes, profissionais de saúde, comunidade e os políticos).

O Doente como figura central deve ter um papel ativo, através da facilitação de vias de comunicação nas instituições de prestação de cuidados de saúde junto dos profissionais em diferentes níveis da organização. A complementaridade desta informação com a prestada pelos profissionais de saúde possibilitaria o estabelecimento de um sistema de segurança do doente ecologicamente equilibrado.

Na qualidade dos cuidados de saúde, a segurança do doente, tem-se destacado nos últimos anos, pela necessidade dos doentes e familiares se sentirem seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, tal como os profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (Fragata, 2011).

## **1.2 Delimitação do problema**

Em 2004, é criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Aliança Mundial para a Segurança do Doente (*World Alliance for Patient Safety*). Pela primeira vez, dirigentes de agências, entidades não governamentais, decisores políticos e grupos de doentes reúnem-se para avançar com a meta “Primeiro, não fazer mal.” e para reduzir os danos da prestação dos cuidados inseguros. Esta entidade foca as suas ações na dinamização de várias campanhas relacionadas com o incremento da Segurança do Doente denominadas por “Desafios Globais para a Segurança do Doente”, através de programas de integração incluindo o doente como parceiro na prestação de cuidados seguros, no desenvolvimento de uma taxonomia padrão, na investigação na área da segurança do doente e na promoção da prática clínica baseada na evidência (OMS, 2009).

A OMS, preconiza também que a mudança de comportamentos e atitudes advêm da cultura de segurança instituída no seio da organização. Esta é resultante de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança. Para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças de comportamento dos profissionais é necessária a avaliação e monitorização da cultura de segurança da organização para uma melhoria contínua (OMS, 2009).

Ainda que, nas últimas décadas a política de saúde em Portugal tenha evoluído de forma significativa, requer uma avaliação da efetividade e do status da implementação das suas

estratégias. O reduzido número de estudos nesta área em Portugal e em especial na região Algarvia associada a uma perspetiva integrada e global da segurança, foram os pressupostos determinantes para a realização deste trabalho. A temática da segurança do doente atualmente com relevante pertinência, é um tema incontornável e prioritário na gestão das organizações de saúde e na prestação de cuidados. Isto posto, propõe-se a realização de uma abordagem crítica do tema, analisando a evolução da temática da segurança do doente em Portugal e a sua concretização nas unidades de saúde públicas na região do Algarve (RAlg-PT). Propõe-se também uma avaliação do nível de literacia sobre a cultura de segurança do doente dos utilizadores das unidades de saúde pública da RAlg e dos profissionais. Pretendemos também identificar qual o modelo favorável à prática da segurança do doente nas organizações de saúde do setor público da Região do Algarve – Portugal.

### **1.3 Objetivos do Estudo**

Os objetivos gerais do nosso estudo são:

- a) Conhecer os fatores determinantes dos ambientes favoráveis à prática da segurança do doente em organizações de saúde do setor público da Região do Algarve - Portugal;
- b) Conhecer a tendência das políticas e das estratégias dos serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente;
- c) Contribuir para a melhoria do modelo de intervenção nas organizações de saúde hospitalares e centros de saúde, designadamente ao nível das medidas de atuação nas dimensões da segurança do paciente (políticas e programas, sistemas de notificação de incidentes, envolvimento do doente, ensino e formação e outros).

Como objetivos específicos pretendeu-se:

- a) Identificar as dimensões e as variáveis que caracterizam os ambientes favoráveis à prática da segurança do doente numa organização hospitalar e centros de saúde da Região do Algarve – Portugal (RAlg-Pt);

- b) Analisar o grau de importância e as eventuais diferenças de percepção que os profissionais de saúde atribuem ao tema da segurança do doente nos serviços hospitalares e centros de saúde do setor público da RAlg-Pt;
- c) Caracterizar as medidas de atuação e relações de cooperação que os grupos profissionais e serviços de saúde hospitalar e centros de saúde da RAlg-Pt mobilizam para induzir a melhoria do nível da segurança do doente nas suas organizações de saúde;
- d) Identificar as estratégias coletivas, os recursos organizacionais e demais fatores críticos de sucesso que são desencadeados pelos grupos profissionais e os serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente na RAlg-Pt;
- e) Caracterizar as tendências, a curto prazo, da evolução qualidade na gestão da segurança do doente e os riscos na prestação de cuidados de saúde nos hospitais públicos e centros de saúde da RAlg-Pt.

Tendo como ponto de partida as considerações já identificadas, e a ausência de informação e estudos empíricos sobre a temática em especial a relativa à cultura de segurança dos utilizadores, foi delineado este estudo, com uma abordagem do tipo descritivo, apoiada numa orientação teórico-metodológica da análise multidimensional e prospetiva da segurança do doente no sistema organizacional dos hospitais e centros de saúde da RAlg-Pt. Sob o ponto de vista metodológico, recorreu-se às orientações dos estudos de diagnóstico organizacional. Foram também convocadas teorias e conceitos da área das ciências da saúde sobre a segurança do doente, tais como, a governação clínica e a gestão do risco em serviços de saúde. Complementarmente foram mobilizadas perspetivas interdisciplinares da área da gestão e outras ciências sociais sobre o diagnóstico organizacional, a cultura e a cooperação entre grupos profissionais.

Numa segunda fase, o estudo consistiu na delimitação e construção de dois questionários, e validação, posteriormente aplicados em todas as organizações públicas de saúde algarvias sobre a segurança do doente aos seus intervenientes (colaborador/utilizador), para a ilustração da situação e do estado de desenvolvimento da temática da segurança do doente nas entidades estudadas. Procedeu-se à aplicação de questionários de diagnóstico de recolha de dados para a caracterização dos fatores

críticos de sucesso, o mapeamento das estratégias coletivas e dos recursos organizacionais que são e ou poderão ser desencadeados pelos grupos profissionais e os serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente, num horizonte a curto prazo.

#### **1.4 Estrutura do Trabalho**

A estrutura deste trabalho está organizada em nove capítulos, iniciando-se por este Capítulo I, definido como Introdução alargada, na qual são abordados a relevância do tema, a delimitação do estudo e a definição dos objetivos. Destinou-se o Capítulo II ao enquadramento teórico, com uma revisão de literatura, para identificar o estado da arte e contextualizar o estudo, encontrando-se dividido por pontos. No primeiro ponto, são abordados os conceitos dos maiores pensadores da área da qualidade em saúde, segurança do doente e cultura de segurança do doente. No segundo ponto, a abordagem sobre a importância da governação clínica, da aplicação dos conceitos e instrumentos de melhoria contínua, e da definição de critérios e avaliação da qualidade no contexto da prestação de cuidados de saúde. No Capítulo III, é abordada a Saúde em Portugal – Região do Algarve, com referência à criação e evolução do serviço nacional de saúde. Neste capítulo são também identificadas as indicações da Direção Geral de Saúde relativamente às normas e procedimentos para a segurança do doente. No Capítulo IV é abordada a Metodologia que explanou o desenho do estudo. No Capítulo V é realizada a análise dos resultados obtidos para paciente e profissionais. O Capítulo VI incorpora a Discussão. O Capítulo VII faz referência às Conclusões e Recomendações. No Capítulo VIII, a Bibliografia que enumera todas as referências utilizadas na elaboração do trabalho. A última parte deste trabalho (Capítulo IX) engloba os anexos mais relevantes que estiveram na base da construção da recolha de dados da presente investigação.



## ***Capítulo II***

---

### **Enquadramento Teórico**

---



## Capítulo II – Enquadramento Teórico

---

### 2.1 Qualidade

Mundialmente o crescente interesse pela qualidade, orienta ao longo das últimas décadas o desenvolvimento dos vários programas de saúde, dispendo como principal referência a evolução das práticas desenvolvidas no setor industrial. A incorreção no exercício da prática clínica, a necessidade da redução de custos e a cada vez maior escassez de recursos, são alguns dos argumentos pelos quais a qualidade é sobremaneira debatida na área da saúde.

#### 2.1.1 Conceito de Qualidade

O entendimento da qualidade não é claro. O aperfeiçoamento do seu conceito tem conduzido a que diversos autores preconizem diferentes conceitos. A sua multiplicidade de interpretações é a repercussão de uma sociedade em constante evolução que procura a adaptação do conceito da qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros setores, como o da saúde (Pisco & Biscaia, 2001).

Deming, prógono da gestão da qualidade industrial, assume que a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo consumidor, pelo que esta deve “traduzir as futuras necessidades do cliente em caraterísticas mensuráveis, de modo que o produto possa ser projetado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar” (Deming, 1986). Este autor aglutinou o seu trabalho no processo de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, seguindo e difundindo uma técnica de abordagem sistemática para a resolução diligente de problemas pela gestão de topo, conhecido como ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), ou ciclo de Deming (figura 1).



Figura 1. Ciclo de Deming (Ciclo PDCA);  
Fonte: adaptado de Deming 1986

Composto por quatro fases, o ciclo PDCA inicia-se no planeamento e análise das atividades ou processos que se procura refinar, seguido da implementação na prática desses *upgrades*; segue-se a monitorização e por fim a ação corretiva ou de melhoria consoante os resultados observados ao longo do processo (Deming, 1986).

Joseph Juran, nos seus ensinamentos e estratégias implementadas na indústria contribuiu também para os avanços na melhoria da qualidade na saúde. O autor em 1995, considerou alguns pontos chave para o incremento da qualidade no seio das organizações: “identificação da necessidade; organização/definição de um plano de ação; implementação de ações corretivas; mudança de comportamentos; monitorização sucessiva”. Numa perspetiva de produção, Juran (1988) define qualidade como uma forma de “adequação ao uso”, onde as características do produto não observam deficiências e se ajustam às necessidades do cliente. Para o autor, a gestão da qualidade reúne uma trilogia de processos (Trilogia de Juran) - o planeamento, o controlo e a melhoria contínua da qualidade - cujo objetivo é tornar a gestão mais atenta à prevenção e ao contínuo alcance do melhor desempenho possível (Juran, 1988) (figura 2).

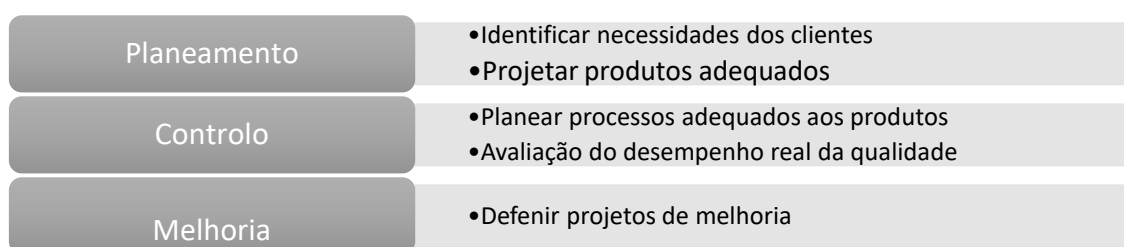


Figura 2. Trilogia de processos de Juran;  
Adaptado de Juran Quality Hand Book Quality Control, publicado em 1951.

Esta é uma perspetiva que converge com a de Philip Crosby, que também colaborou de forma significativa para o desenvolvimento da qualidade no século passado. Este defende que os produtos ou serviços devem ser prestados com a máxima qualidade possível (Crosby, 1979). O seu nome ficará associado aos conceitos de “zero defeitos” e de “fazer bem à primeira vez”. Na sua opinião, a qualidade significa conformidade com as especificações, que variam consoante as empresas de acordo com as necessidades dos clientes. Crosby considera a prevenção como o principal impulso da qualidade, pelo que técnicas não preventivas como a inspeção, o teste e o controlo são pouco eficazes. Segundo Crosby, os verdadeiros responsáveis pela falta de qualidade são os gestores, e não os profissionais. As iniciativas para a qualidade deverão vir do topo para a base sendo para isso importante e crucial o empenho da gestão de topo e a capacitação dos colaboradores em instrumentos de melhoria da qualidade (Crosby, 1979).

De acordo com Ishikawa (1962), a melhoria de qualidade é um processo contínuo, e que pode ser sempre aperfeiçoado. A sua noção do controlo empresarial da qualidade era voltada ao atendimento pós-venda. Isto significa que um cliente continuaria a receber o serviço mesmo depois de receber o produto. Este autor quis mudar a forma de abordar os processos da qualidade. Para Ishikawa, “a qualidade é uma revolução da própria filosofia administrativa, exigindo uma mudança de mentalidade de todos os integrantes da organização, principalmente da gestão de topo” (Ishikawa, 1962).

Armand Feigenbaum é considerado um dos “pais” da qualidade, e afirma que esta é uma função de todos na organização, e que não é possível fabricar produtos de alta qualidade se o departamento de produção trabalha isolado. Segundo ele, diferentes departamentos devem intervir nas parcelas do processo que resultam no produto, e esta colaboração varia desde a conceção do produto ao controle pós-venda, para que assim não ocorram erros que prejudiquem a cadeia produtiva, causando problemas ao consumidor (Feigenbaum, 1961).

### **2.1.2 Qualidade em Saúde**

Nas últimas décadas, a preocupação com a temática da qualidade transpôs as balizas da área industrial e tornou-se numa prioridade para a gestão das unidades e saúde consequentemente para os prestadores de cuidados de saúde.

*Avedis Donabedian* 1988, dizia que, antes de se tentar avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, quer em termos gerais quer em qualquer situação particular, devemos chegar a um acordo sobre a sua definição. Proceder à sua medição sem uma base firme de acordo prévio sobre o que define a qualidade dos cuidados de saúde pode ser desastroso. À medida que procuramos definir a qualidade, tomamos consciência do facto de que várias formulações são viáveis e legítimas, dependendo da abordagem (*Donabedian* 1988a). Assim, segundo o autor o conceito de qualidade em saúde é de difícil aproximação uma vez que este pode ser estabelecido nas distintas perspetivas, doentes, prestadores de cuidados de saúde e gestores o que dificulta muitas vezes a sua sistematização. Embora diferentes devem todas convergir para um conceito de qualidade em saúde holístico, mantendo o doente como figura central de todo o sistema.

Na década de 60, *Donabedian* foi um dos precursores do entendimento da qualidade ao estabelecer bases estruturadas de avaliação da qualidade em saúde, contemplando três vertentes: estrutura, processo e resultado. Colocando o conceito de qualidade em saúde como o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, considerando o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo (*Donabedian*, 1988b).

O Institute of Medicine refere que “Qualidade em saúde é o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente” (*Institute of Medicine*, 1990)”.

Qualidade em saúde é a forma como os serviços, com o atual nível de conhecimentos, incrementam a possibilidade de obter os resultados desejados e minimizam a possibilidade dos resultados indesejados (JCAHO, 2006).

Godfrey (2001), elabora uma lista de requisitos necessários à melhoria da qualidade organizacional na qual referencia sete passos fundamentais a serem implementados pela gestão de topo com vista à persecução da melhoria contínua da qualidade. Desses requisitos destacamos: “(2) compreensão da definição de qualidade e do papel da qualidade no sucesso da organização (...); (4) planeamento das ações com etapas claramente definidas (...); (5) formação dos colaboradores (...) proporcionar os

conhecimentos, as competências e (...); (6) apoiar as ações implementadas para garantir que as mudanças são efetuadas, as causas do problema são eliminadas e os ganhos são mantidos.”.

Diversos autores salientaram aspetos fundamentais, tais como, o controlo dos procedimentos, envolvimento dos trabalhadores, aposta na formação e liderança, que posteriormente foram inseridos na saúde permitindo a formação e preparação de gestores de topo (*Donabedian, 1988b; JCAHO, 2006; Institute of Medicine, 1990*)

Segundo, Tanaka & Tamaki (2012), a gestão de serviços de saúde representa uma prática administrativa usada com a finalidade de potencializar a performance das organizações visando o máximo de eficiência (relação entre matéria prima e recursos), eficácia (conquista dos objetivos estabelecidos) e efetividade (resolução dos problemas identificados). Os objetivos só serão atingidos pela gestão de topo com a aplicação de conhecimentos próprios e adequados.

Tanaka & Melo (2004) afirmam que ao realizar a avaliação em serviços de saúde é necessário considerar que os serviços prestados têm como finalidade os utilizadores, que são parte integrante do processo de organização e prestação. A relevância da visão dos utilizadores quanto aos serviços prestados é evidenciada também por De Man, Gemmel, Vlerick, Van Rijk & Dierckx (2002).

Christian Grönroos (2001), dizia que se devia considerar a avaliação da qualidade em serviços saúde segundo duas dimensões, a dimensão técnica e dimensão funcional. A qualidade técnica, que corresponde exatidão do diagnóstico e de procedimentos e a qualidade funcional, que se refere à forma como os serviços são fornecidos aos doentes.

Considerando a imensa complexidade, de prestação e género de procedimentos que caracterizam a atividade nas unidades de saúde, Morujão (2007) destaca características, como a multidisciplinaridade, interdependência dos profissionais, procedimentos rotineiros realizados por diferentes profissionais e procedimentos imprevistos e realizados em situação de *stress* como condicionantes da qualidade nos serviços de saúde.

Segundo Urdan (2001), o doente na sua maioria tem um conhecimento mínimo sobre os aspetos de qualidade técnica, mas em geral, não apresentam grande dificuldade na

avaliação o lado interpessoal. Opinião, partilhada por outros autores que também acreditam ser este o ponto de partida do julgamento da qualidade de um serviço de saúde por parte dos seus utilizadores (Donabedian,1990; De Man *et al.*, 2002).

A qualidade na prestação dos cuidados de saúde, não pode ser afetada pelo fator económico, embora o apelo à produtividade em troca de incentivos a possa colocar em causa. A boa relação entre os profissionais e o doente é a maior contribuição que se pode oferecer ao utilizador, com efeitos positivos no seu tratamento. Em algumas situações, este fator determina diferenças visíveis entre dois prestadores com a mesma função. Acredita-se que a componente de bom relacionamento pode compensar falhas do cuidado técnico (De Man *et al.*, 2002).

Os incentivos à humanização na prestação de cuidados saúde crescem progressivamente, pela consciência dos direitos de cidadania, dos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (Nogueira-Martins, 2003). A qualidade de um serviço de saúde está diretamente interligada à qualidade da relação interpessoal praticada entre os profissionais prestadores dos cuidados de saúde e os doentes/pacientes.

Assunção (2006) afirma ainda que os atrasos, as condições precárias do atendimento e o tratamento desumano da população, frequentemente divulgado pelos meios de comunicação social, corroboram para denegrir cada vez mais a imagem das instituições públicas de saúde.

Vários dados relevantes para a qualidade em serviços de saúde surgem na pesquisa efetuada por Blendon, DesRoches, Brodie, Benson, Rosen, Schneider, ... Steffenson, (2002). A pesquisa realizada com a colaboração de médicos provenientes da Austrália, Canadá, Estados Unidos, Grã-Bretanha e da Nova Zelândia identificou que a maioria dos mesmos foi a favor de reformas nos sistemas de saúde para poderem despender mais tempo com os pacientes, visando uma melhoria na qualidade da prestação. No entanto, no estudo apenas 33% a 40% dos entrevistados concordavam que as avaliações e opiniões dos pacientes poderiam melhorar a qualidade da prestação. Pode-se concluir, com as observações, que esses profissionais apresentam uma disposição diminuta em contabilizar o *feedback* dos pacientes, apesar de manifestarem interesse em



disponibilizarem mais tempo aos seus pacientes. Assim, torna-se relevante identificar as duas perspetivas em relação à qualidade dos serviços prestados: a dos utilizadores e a dos profissionais. Genericamente os profissionais acreditam que estão a desempenhar corretamente a sua função, quando na verdade, não atingem as expectativas dos utilizadores.

Parente (2000) afirma que, à medida que são disponibilizados melhores serviços, os clientes elevam as suas expectativas. Dessa forma, a melhoria dos serviços prestados acarreta um aumento ao nível de exigências e das expectativas.

Donabedian (1990), ampliou esses princípios, criando o denominado de “Sete Pilares da Qualidade:

***Eficácia**, é a capacidade do cuidado, no seu primado, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade do estado da arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Simboliza o melhor que se pode praticar nas condições mais favoráveis, de acordo com o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.*

***Efetividade**, é o conjunto de benefícios possíveis nas condições de saúde que se obtém, primazia na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática diária. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser melhor especificada como sendo o grau em que a prestação, cuja qualidade se avalia, se atinge com os ganhos em saúde que são estabelecidos como conseguíveis.*

***Eficiência** é proporcionar o melhor tratamento ao paciente utilizando a menor quantidade de recursos possível. Podemos incluir a redução de (re)trabalhos, a inovação novos métodos e tecnologias, enfim, tudo que ajude a fazer mais pelo paciente com menos esforços e custos. Tudo isso, é claro, sem afetar a melhora da saúde do paciente.*

*A **otimização** torna-se relevante quando que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.*

*A **aceitabilidade**, corresponde adaptação do cuidado às ambições, expectativas e valores dos pacientes e família. A aceitabilidade depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente da delicadeza do cuidado, da repercussão e despesa do serviço prestado.*

***Legitimidade**, equipara-se à aceitabilidade do cuidado, ou seja, no modo como é assimilado pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as propensões sociais.*

*A **equidade** é o princípio pelo qual se estabelece o que é equitativo ou razoável na disposição do cuidado e das suas vantagens entre os membros da comunidade. A equidade*

*assume o que torna a prestação aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade, corresponde a igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.*

Hiodernamente, Saturno (2008) propôs um modelo, com três níveis, do conceito de qualidade que permite relacionar a qualidade com os sistemas de saúde ou ainda com os cuidados de saúde em qualquer das suas esferas de atividade “ (1º Nível – qualidade em geral, 2º Nível - qualidade dos serviços de saúde, 3º Nível – qualidade de uma unidade para um problema de saúde concreto)”, reforçando a necessidade da existência de uma definição de qualidade, o que facilitará a tarefa de validação da avaliação e melhoria da qualidade em saúde.

Como sugere Donabedian (2005), a relação entre a utilização de recursos, qualidade do atendimento em saúde, complexidade dos processos envolvidos, e a penosa relação entre os profissionais da saúde e administração, obrigam à elaboração de um Modelo que assuma todas estas componentes. Este deve incidir na aplicação de estratégias várias de acordo com a componente a observar. Podemos conseguir uma estratégia na prestação pela combinação da eficiência clínica, através do planeamento e controlo dos serviços ajustando uma adequação nos recursos, com consequentes ganhos em saúde; com a eficiência produtiva, garantindo a melhor utilização desses recursos em todos os processos envolvidos na prestação. Considerar também uma estratégia na prestação em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos, para o paciente, na vertente do seu bem-estar físico, psíquico e social, como benefícios para a sociedade.

A criação de sistemas de monitorização interna e externa da prestação em saúde, auxiliado pela definição de critérios e padrões, que permitam à organização prestadora prevenir, identificar e corrigir as suas falhas. Tais critérios devem ser flexíveis, ajustados às várias particularidades clínicas e organizacionais. De modo geral Donabedian (2005), afirma que, existem fatores sociais que contornam, esculpem e influenciam poderosamente o sistema de saúde. Esse sistema diferencia-se nas diversas componentes: a instituição, o departamento, a equipa e o indivíduo, e outros segmentos como profissionais de saúde e outros (Lima, Ramos, Rosa, Nauder, Davis, 2007).

Donabedian (1990), recomenda que a estrutura formal da instituição de saúde é um requisito quase obrigatório para a introdução e realização de atividades de garantia da

qualidade. As estruturas formais criam espaços onde se produz o intercâmbio cultural e se exercita a liderança.

Dispõem de meios para investigar o êxito e o fracasso, identificar fatores causais e adaptar as medidas adequadas. Dentro das organizações, também as redes de comunicação informal e influência interpessoal se concentram e potencializam, oferecendo o meio adequado para os processos de garantia de qualidade. Há uma compreensão da necessidade de reorganização administrativa nas instituições hospitalares públicas, porque há uma consciência coletiva de que os hospitais convivem com graves questões de operacionalização que exigem uma mudança completa na forma de gestão dando maior ênfase aos aspetos de eficiência e qualidade dos processos internos de trabalho.

Com o aumento de informação disponível e maior acessibilidade os doentes/clientes empurram o conceito de qualidade para um novo patamar, alterando desta forma o seu significado consoante as suas necessidades e expectativas. Passando a ser um conceito em permanente mutabilidade devido a utilizadores cada vez mais informados e participativos a exigir a qualidade. Como resposta os profissionais de saúde preocupam-se com a qualidade pelo compromisso ético intrínseco a esta área, ou seja, cuidar da sua saúde, e os gestores preocupam-se com a otimização de recursos e diminuição de custos (Gama & Saturno, 2013).

É recorrente a pressão política sobre a gestão hospitalar no aumento do número de atos num menor tempo de execução e ao menor custo. O desejável será então “Qualidade de cuidados: fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo” (Campos, Faria, Santos, 2010).

A monitorização e medição da prestação dos cuidados de saúde adquirir um papel determinante na qualidade em saúde. As plataformas informáticas enquanto instrumentos da qualidade possibilitam para além do registo de dados uma gestão de recursos de forma mais eficiente e eficaz (Alto Comissariado da Saúde, 2011).

### **2.1.3 Indicadores da Qualidade em Saúde**

Os indicadores da qualidade devem ser construídos com base nas dimensões que compõe o conceito de qualidade em saúde da instituição que se pretende avaliar (o contexto). Para a prossecução deste objetivo em 2001 o *Institute of Medicine* (IOM)

propôs um grupo de dimensões que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade para a prestação que enumeramos:

**Segurança:** evitar lesões aos pacientes do cuidado que se destina a ajudá-los;

**Efetividade:** prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar destes e abstendo-se da prestação de serviços àqueles que não beneficiarão;

**Direcionado ao doente:** envolve o respeito pelo doente, considerando as suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por estes valores;

**Oportunidade/Acesso:** redução da espera e atrasos, por vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados de saúde;

**Eficiência:** evitar desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

**Equidade:** prestação de cuidados que não variam em qualidade em função de características como género, etnia, localização geográfica e nível socioeconómico.

De entre as seis dimensões apontadas por (IOM, 2001) destaca-se a segurança como fator preponderante da qualidade em saúde. Devido às implicações que esta tem no resultado final da prestação dos cuidados, podendo ser negativo face à sua condição de saúde inicial (Wachter, 2012).

## 2.2 Segurança do Doente

Como já foi revisto, a segurança integra o conjunto das dimensões de qualidade em saúde, contudo, são vários os autores que estudam com o seu constructo próprio, uma vez que esta se tem destacado como resposta à(s) realidade(s) das especificidades dos contextos em saúde (Palacios-Derflinger, O'Beirne, Sterling, Zwicker, Harding & Casebeer, 2010).

### 2.2.1 As origens da Segurança do Doente

O problema da qualidade em saúde e, dentro desta, da segurança do doente é um campo relativamente recente da gestão em saúde, investigação e práticas clínicas.

A segurança do doente é um subconjunto da qualidade dos cuidados de saúde, a sua melhoria depende da aprendizagem de como esta emerge das interações dos vários componentes do sistema. Evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde. Estes eventos incluem "erros", "desvios" e "acidentes" (Cooper, Gaba, Liang, Woods & Blum, 2000).

As origens da segurança do doente, remontam a Hipócrates, este imortalizou a expressão “*Primum non nocere*”, à data (séc. IV a.C.) já demonstrava a preocupação que antes de prestar os cuidados de saúde dever-se-ia ter a certeza de que estes não iriam causar mais danos do que os benefícios para o doente. Nesta época o responsável pelo dano no doente era responsabilizado e punido (Watcher, 2010).

No séc. XIX Florence Nightingale no livro *Notes on Hospitals*, escreve, “*Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência num hospital seja não causar dano aos doentes*”. Esta considerava como primordial a segurança dos doentes face às consequências por ela observadas, resultado da conduta dos profissionais (Torres, 1993).

Em 1918 é criada a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), pelo Colégio Americano de Cirurgiões, surgindo então o primeiro trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, sobre a prevalência e redução de doenças iatrogénicas. Estas eram consideradas como resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial que não era consequência natural da doença do paciente (Watcher, 2010).

A Organização Mundial da Saúde em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um elevado grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um elevado grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (Racoveanu & Johansen, 1995).

No nosso país o Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro, alterou e republicou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro, alterando, nomeadamente, a missão da Administração Central do Sistema de Saúde, passando a Direção Geral da Saúde, a ter competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2008 e 2006) .

A criação do Departamento da Qualidade na Saúde impõe a redefinição das competências da Direcção-Geral da Saúde e a sua redistribuição pelas respetivas unidades orgânicas nucleares. A Portaria n.º 155/2009 de 10 de Fevereiro, estabelece

no artigo 4º nas alíneas, c) *Criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente* e f) *Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado “Sim Cidadão”, e promover a avaliação sistemática da satisfação.* (Ministério das Finanças da Administração Pública e da Saúde, 2009)

Atualmente, está em fase de implementação o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que, no seu Objetivo Estratégico 1, (*Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno*), indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente (DGS, 2015).

O *Canadian Patient Safety Dictionary* propõe como definição, “A redução e atenuação de atos perigosos dentro do sistema de saúde, bem como o uso das melhores práticas que comprovadamente conduzem a resultados ótimos para o doente” (Davies, Hébert & Hoffman, 2003).

O *National Quality Forum* norte Americano em 2006, estabelece no seu *Consensus Report* para a estandardização da taxonomia da segurança do doente como a prevenção e atenuação dos danos para o doente (*National Quality Forum*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde em junho de 2007 no relatório resultante do inquérito *Delph* realizado através da WEB sobre a classificação Internacional para a Segurança do Paciente chegou à seguinte definição: “A inexistência, para o doente, de dano desnecessário ou dano potencial associado aos cuidados de saúde” (WHO, 2007).

A Direção Geral de Saúde em 2011 define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, transpondo desta forma a diretiva europeia que consagra um direito de todos (Fragata, 2011a).

O conceito de *Segurança do Doente* foi recentemente alvo de estudo por parte de um Grupo de Projeto, convocado pela *World Alliance for Patient Safety* com o objetivo de definir, harmonizar e agrupar conceitos de segurança do doente numa classificação internacional (CISD) para posteriormente promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do doente, em todos os sistemas de saúde (Direção Geral de Saúde, 2011;

Eiras, Diniz, Escoval, Costa, Fernandes, Bruno & Gaspar, 2011). O Grupo de Projeto desenvolveu a estrutura conceptual da CISD composta por 10 classes (quadro 1).

Classificação Internacional Segurança Doente (CISD)	Classes
	Tipo Incidente
	Consequências para o doente
	Caraterísticas do doente
	Caraterísticas do incidente
	Fatores Contribuintes/perigos
	Consequências organizacionais
	Deteção
	Fatores atenuantes do dano
	Ações de melhoria
	Ações para a redução do risco

Quadro 1. Classificação Internacional Segurança Doente (CISD)

Adaptado: World Alliance for Patient Safety (2011)

Esta estrutura estabelece um método para organizar dados e informação de segurança do doente permitindo desta forma comparar dados de segurança do doente de forma interdisciplinar, entre organizações, ao longo do tempo. Permite explorar o papel dos fatores sistema e humano na segurança do doente, identificar potenciais questões de segurança do doente e desenvolver prioridades e soluções na área da segurança (Direção Geral de Saúde, 2011; Eiras *et al.*, 2011).

Tendo como base a definição da WHO (2011), reconhece-se que os cuidados de saúde aos doentes têm em si riscos de danos, que podem ser evitados, mas não eliminados. Devendo ser reduzidos para um mínimo aceitável, tendo em conta diversos fatores indissociáveis da prestação dos cuidados de saúde, como o conhecimento atual, os recursos disponíveis, o contexto em que os cuidados são prestados, assim como a possibilidade analítica dicotómica ética de risco/benefício de tratar ou não tratar (Pedreira, 2015).

### 2.2.2 Taxonomia da Segurança do Doente

A Organização Mundial de Saúde no seu relatório técnico, “*Conceptual framework for the international classification for patient safety*”, estabelece os conceitos adotados internacionalmente (WHO, 2009):

### **Doente**

*Pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores, apesar de ser reconhecido que beneficiários como uma grávida saudável ou uma criança submetida a imunização não podem ser considerados, ou considerarem-se, como doentes. Cuidados de Saúde incluem o autocuidado. A definição de Saúde, da Organização Mundial de Saúde, é “o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não só a mera ausência de doença ou enfermidade.”*

### **Segurança**

*É a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.*

### **Perigo**

*É uma circunstância, agente ou ação com potencial para provocar danos. Uma circunstância é uma situação ou fator que pode influenciar um acontecimento, agente ou pessoa (s).*

### **Evento**

*Algo que acontece a ou implica um doente. Um agente é uma substância, objeto ou sistema que atua para produzir uma alteração.*

### **Quase Erro “Near Miss”**

*Os “near miss” são os erros que não induzem qualquer efeito adverso no doente.*

### **Segurança do Doente**

*É a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.*

### **Dano associado ao Cuidado de Saúde**

*É o dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente.*

### **Um Incidente de Segurança do Doente**

*Incidente de Segurança do Doente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. No contexto da CISD, um incidente de segurança do doente será referido como um incidente. A utilização da palavra “desnecessário” nesta definição reconhece que os erros, transgressões, abuso e atos deliberadamente perigosos ocorrem em cuidados de saúde. Estes são considerados*



*incidentes. Os incidentes surgem quer de atos intencionais quer de atos não intencionais. Os erros são, por definição, não intencionais, ao passo que as transgressões são habitualmente intencionais, apesar de raramente maliciosas, e em determinado contexto podem tornar-se rotineiras ou automáticas.*

**Erro**

*É a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução. Uma infração é um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra. Quer os erros quer as infrações aumentam riscos, mesmo que não ocorra qualquer incidente. Risco é a probabilidade de ocorrência de um incidente.*

**Incidente**

*Pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso). Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente. Um quase evento é um incidente que não alcançou o doente. Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis. Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente.*

**Dano**

*Implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. Doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica. Lesão é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e Sofrimento é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. Incapacidade implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente.*

**Fator contribuinte**

É uma circunstância, ação ou influência que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um incidente, ou aumentar o risco de acontecer um incidente. Os fatores contribuintes podem ser externos (ou seja, fora do controlo da estrutura ou da organização), organizacionais (por exemplo, indisponibilidade dos protocolos comumente aceites), relacionados com os profissionais (por exemplo, um defeito cognitivo ou de comportamento de um indivíduo, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada) ou relacionados com os doentes (por exemplo, não adesão ao tratamento). Um fator contribuinte pode ser um precursor necessário a um incidente e pode ou não ser suficiente para causar o incidente.

**Tipo de incidente**

É uma categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados de acordo com características comuns e é uma categoria “mãe” sobre a qual se podem agrupar diversos conceitos. Os tipos de incidentes incluem administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, infeções associadas aos cuidados de saúde, medicação/fluidos endovenosos, sangue/hemoderivados, nutrição, oxigénio/gás/vapor, dispositivos médicos/equipamento médico, comportamento, acidente do doente, infraestruturas/edifícios/instalações, e recursos/gestão organizacional.

**Caraterísticas do Doente**

São determinados atributos de um doente, tais como a demografia do doente ou a razão para o contacto com o serviço de saúde. Atributos são qualidades, propriedades ou características de alguém ou algo. Características do Incidente são determinados atributos de um incidente tais como cenário de cuidado, estado/fase do cuidado, especialidades envolvidas e data de um incidente.

**Reação adversa**

É um dano inesperado que resulta de um tratamento justificado. A recorrência de uma reação adversa anteriormente ocorrida pode evitar-se (por exemplo, evitar a reexposição do doente a uma alergia medicamentosa). Um efeito secundário é um efeito conhecido, para além do principalmente desejado, relacionado com as propriedades farmacológicas de um medicamento, tais como náusea após a administração de morfina para alívio das dores.

**Evitável (ou prevenível)**

É aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias. Deteção é uma ação ou circunstância que resulta na identificação de um incidente. Os mecanismos de deteção podem fazer parte do sistema, tais como um alarme de baixa pressão desligado num circuito de um ventilador mecânico pode resultar de um processo de verificação ou vigilância e “consciência da situação”. Um fator atenuante é uma ação ou

*circunstância que previne ou modera a progressão de um incidente que causará dano a um doente.*

**Consequência para o doente**

*É o impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente. Quando ocorre dano, o grau de danos é a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente. Parece desejável, a partir dos princípios orientadores, registar separadamente a natureza, gravidade e duração do dano. Embora, em termos puros, se possa argumentar pela classificação separada, na realidade a maioria das escalas de danos reconhecem que estes elementos são agregados na avaliação natural que é feita quando se atribui o grau de dano. As tentativas anteriores para classificar o grau de dano tendem a agregar os parâmetros numa escala única.*

No contexto da estrutura conceptual para o CISD, o grau do dano é o seguinte:

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

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

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

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

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

Os incidentes também afetam a organização dos cuidados de saúde. Consequência organizacional é o impacto sobre uma organização, total ou parcialmente atribuído a um incidente, pelo que as organizações devem desencadear medidas para minimizar o erro tais como as identificadas no CISD.

**Ação de melhoria**

*É uma ação empreendida ou circunstância alterada para melhorar ou compensar qualquer dano depois de um incidente. Fatores de melhoria nos doentes são ações desenvolvidas ou circunstâncias alteradas para melhorar danos num doente, como reduzir uma fratura após uma queda. Os fatores de melhoria do sistema de cuidados de saúde reduzem perdas ou*

*prejuízos para uma organização, tais como uma boa gestão de relações públicas após um acidente publicitado, para melhorar os efeitos na reputação da organização.*

**Ações para redução do risco**

*São ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de dano, associado a um incidente. Estas ações podem afetar incidentes, fatores contribuintes, deteção, fatores atenuantes do dano ou ações de melhoria, e podem ser pró-ativas ou reativas. Ações pró-ativas podem ser identificadas por técnicas como análise de modos e efeitos de falha, e análise de probabilidades de risco. Ações reativas são as desenvolvidas em resposta a conhecimentos adquiridos após a ocorrência de incidentes (por exemplo: análise das causas).*

**Resiliência**

*Relaciona-se com o grau com que um sistema continuamente impede, deteta, atenua o dano ou reduz perigos ou incidentes. A resiliência permite que uma organização retome a sua capacidade original de prestar cuidados, logo que possível, depois de incorrer em prejuízos.*

É habitualmente utilizado um conjunto de termos relativamente à gestão organizacional:

**Responsável**

*É ter de responder por algo ou ser responsabilizado.*

**Qualidade**

*Grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.*

**Falha do sistema**

*Refere-se a uma falha, avaria ou disfunção no método operacional, nos processos ou infraestruturas da organização. Os fatores que contribuem para a falha do sistema podem ser latentes (escondidos ou com a capacidade de iludir) ou aparentes e podem estar relacionados com o sistema, a organização, um membro do pessoal ou um doente.*

**Melhoria do sistema**

*É o resultado ou produto da cultura, processos e estruturas que são dirigidos à prevenção das falhas do sistema e melhoria da segurança e qualidade.*

**Análise da causa raiz**

*Uma forma reativa de avaliação do risco que contribui para o desenvolvimento de ações para a redução do risco, é um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de*

*acontecimentos e repetindo “porquê” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes (fatores contribuintes ou riscos).*

A WHO (2009) refere no documento que esta lista de conceitos é dinâmica e que continuará, e deverá continuar a crescer com o aumento de conhecimentos no campo da segurança do doente.

### **2.3 A Cultura de Segurança**

O conceito de cultura tem vários níveis e elevada complexidade, originalmente um termo antropológico, mas, mais recentemente, tem-se utilizado nos estudos organizacionais. Konteh, Mannion & Davies (2008), evidenciam a complexidade do conceito ao destacar diversas definições de cultura na literatura. Do ponto de vista antropológico, o termo é usado como referência os costumes e rituais que as sociedades desenvolvem ao longo da história. No entanto, o termo pode ser usado para indicar também literária, património artístico. Na década de oitenta do século XX o conceito de cultura associado às organizações cresceu significativamente. Durante este período, especialistas em gestão tiveram grande influência na efetivação da importância da noção de cultura organizacional na gestão do desempenho organizacional (Schein, 2004).

Ao longo das últimas duas décadas, o interesse na cultura organizacional tem crescido significativamente e tem sido extensivamente estudada em muitos ambientes, incluindo os cuidados de saúde (Davies, Nutley & Mannion, 2000).

A cultura organizacional é uma mistura complexa de diferentes elementos que influenciam a forma como as tarefas são realizadas, bem como a forma como as coisas são compreendidas, julgadas e valorizadas. Cultura é associada com elementos mais concretos: como os símbolos, rituais e linguagem únicos para uma organização. Além disso, a cultura está associada com atitudes, valores, crenças e normas de comportamento (Schein, 2004). Tomados em conjunto, os diferentes aspetos da cultura fornecem uma lente através da qual uma organização pode ser entendida e interpretada (Konteh *et al.*, 2008).

A cultura de segurança do doente é produto da estrutura organizacional e das competências dos seus profissionais.

### 2.3.1 A Organização e a Cultura de Segurança

Uma organização consiste num conjunto de pessoas que se reúne de forma estruturada, deliberada e em associação, traçando metas para alcançar objetivos planeados e comuns a todos os seus membros (Lacombe & Heilborn, 2003).

A cultura é na sua essência composta de interpretações do mundo e das atividades e artefactos que as refletem. Além da cognição, essas interpretações são compartilhadas coletivamente, num processo social (Mintzberg, 2010).

A cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos, por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados a novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas. A cultura organizacional influencia o caminho através do qual os funcionários assimilam e partilham o conhecimento (Schein, 1991).

No que diz respeito às organizações de saúde, Sousa (2013) referiu que *“Nas organizações de saúde os resultados obtidos dependem da complexidade da doença e complicações associadas, da dificuldade técnica, da performance individual e organizacional e do acaso”*.

A cultura organizacional de segurança do doente varia entre instituições prestadoras de cuidados de saúde, quer isto dizer que, diferentes organizações adotam diferentes práticas e comportamentos. Embora seja expectável que no Serviço Nacional de Saúde as práticas e comportamentos acolham as orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2011), que por sua vez cumprem as da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009).

Os fatores humanos relativos à composição da equipa e ao ambiente de prestação são descritos como influenciadores do desempenho dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente.

Pelas suas características, a prestação de cuidados de saúde é uma atividade de risco, já que *“está inerente em tudo o que a organização faz: tratar doentes, determinar prioridades de serviço, na escolha de equipamento ou mesmo quando se decide nada*

fazer” (Pedroto, 2006).

Genericamente, todas as atividades executadas em instituições de saúde são desenvolvidas no seio de equipas multidisciplinares, cujos elementos apresentam diferentes níveis de conhecimento, mas com a responsabilidade de contribuir na realização das mesmas tarefas. Assim podemos dizer que o trabalho em equipa influencia o comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente. A composição da equipa e a sua dinâmica são afetadas por características estruturais que incluem o número de profissionais, a definição de responsabilidades, a hierarquia de classes e utilização de normas e protocolos escritos.

O ambiente de trabalho é considerado outro fator com influência preciosa no comportamento dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente. As organizações de saúde apresentam um ambiente com elevada capacidade instalada e com uma complexa gama de procedimentos onde a interface individuo/instrumento, influencia a desempenho individual e da organização. Os instrumentos de utilização clínica devem estar equipados com mecanismos que garantam a segurança dos profissionais e dos doentes devendo possuir mecanismos de alarme de vigilância, através de uma monitorização contínua. Podemos concluir que a capacitação tecnológica das organizações de saúde necessita de igual investimento na capacitação formativa dos profissionais e de revisões periódicas de procedimentos.

Em abril de 2004 a *National Patient Safety Agency* desenvolveu um documento denominado “*Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff*”. Este fundamenta-se em recomendações de dois relatórios e conclusões de estudos realizados no Reino Unido, EUA, Austrália, Nova Zelândia e Dinamarca que correlacionam os incidentes relacionados com a segurança do doente, e morte dos doentes e que poderiam ter sido evitados. Os passos fornecem uma lista de verificação simples, auxiliar das organizações do Serviço Nacional Saúde no planeamento das atividades, tais como a medição do desempenho, aumento da efetividade das ações adotadas e da promoção da segurança do doente. Segui-los ajudará a garantir que o cuidado de saúde prestado é tão seguro quanto possível, e que quando surge o erro a ação correta é tomada. A aplicação destas orientações também auxilia as instituições do Sistema Nacional de Saúde a cumprir as

metas atuais de governação clínica, gestão e controlo do risco. De acordo com a *National Patient Safety Agency*, os sete passos essenciais a considerar para a promoção da segurança do doente são:

**1. “Built a safety culture”**

*Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de <sup>[11]</sup>uma cultura aberta e justa. A organização, deve assegurar que as suas políticas definam os procedimentos a realizar após a ocorrência do incidente, como este deve ser investigado e que apoio deve ser dado aos seus intervenientes. Tem que garantir que as suas políticas descrevam as funções e atribuam as responsabilidades individuais associadas à prestação. Os profissionais devem ser incentivados a exporem as suas preocupações e motivados para o relato de incidentes, com a certeza de que os mesmos são estudados/avaliados com correção e com conseqüente ação corretiva.*

**2. “Lead and support your staff”**

*Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança do doente. A administração, no papel de gestão de topo, tem que participar nas atividades relacionadas com a segurança do doente. A administração deve nomear os responsáveis pela segurança do doente em cada setor aos quais caberá a tarefa de incentivo para a participação e formação dos vários profissionais nesta temática*

**3. “Integrate your risk management activity”**

*Integrar as atividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas. A organização deve rever as estruturas e os processos de gestão dos riscos clínicos e não clínico e assegurar que estes integrem a segurança do doente e do profissional. Obriga ao desenvolvimento de indicadores de desempenho para o sistema de gestão do risco, que devem ser monitorizados pela gestão. As informações obtidas com o sistema de notificação/relatórios de incidentes e avaliações de risco devem ser utilizadas como forma de melhoria pro ativa da prestação aos pacientes. Os profissionais em cada departamento devem localmente discutir as questões da segurança na prestação de cuidados, e, avaliar o risco de cada paciente antes do seu tratamento. E necessária a existência de um processo regular de avaliação do risco clínico, e definição da aceitabilidade de cada risco associado à probabilidade de ocorrência, ao qual se acrescenta a definição de estratégias para a sua minimização.*

**4. “Promote reporting”**

*Promover a notificação/retrato dos eventos adversos ou “near miss”, assegurando que os profissionais de saúde o façam sem receio de penalizações.*

**5. “Involve and communicate with patients and the public”**

*Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos. A*



organização

*deve desenvolver uma política de comunicação aberta sobre os incidentes com pacientes e com os seus familiares. Na informação devem constar quais os incidentes sofridos e as consequências daí derivadas, esta deve ser clara, precisa e oportuna. Os profissionais devem assegurar que os doentes lesados participem de forma ativa na resolução dos incidentes.*

#### **6. “Learn and share safety lessons”**

*Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a fonte dos problemas e as causas que lhe estão subjacentes no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir e evitar episódios recorrentes. A organização tem que garantir que os responsáveis departamentais realizem de forma adequada as avaliações dos incidentes para posterior identificação das causas implícitas. Os critérios de avaliação devem incluir todos os incidentes que tenham causado danos permanentes ou morte. Os departamentos devem partilhar informação evitando erros semelhantes*

#### **7. “Implement solutions to prevent harm”**

*Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações que possam ser lesivas para os doentes, através de mudanças nos procedimentos, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário. Utilizar as informações geradas a partir de sistemas de notificação de incidentes, avaliação de risco, investigação e auditorias. Se necessário redesenhar sistemas, processos e adaptar a formação ou a prática clínica. Avaliar o risco e o impacto das mudanças, rever as alterações realizadas para as tornar sustentáveis. Criar canais de comunicação para divulgação de toda a informação relacionada com ações desencadeadas.*

Todas as ações necessárias à garantia da prestação em segurança estão identificadas no círculo da segurança de acordo com a *National Patient Safety Agency* (figura 3).

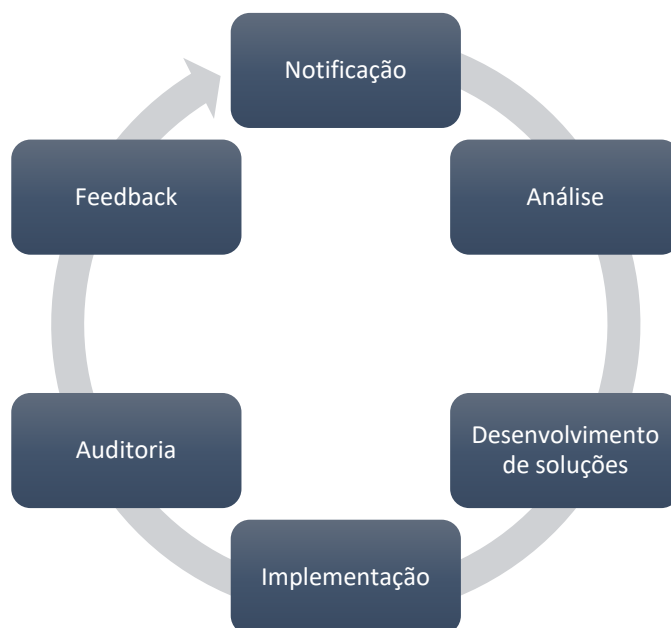


Figura 3. Círculo de segurança  
Fonte: *National Patient Safety Agency*, 2004

Pomey, Lemieux-Charles, Champagne, Angus, *Shabah*, Contandriopoulos, (2010) realizou uma revisão de literatura sobre o papel da gestão de topo na determinação da qualidade e segurança e como as políticas e ações da mesma afetariam a qualidade e segurança.

Denis, Champagne, Pomey, Prével & Tré, (2005) definiu a função da governação clínica como a definição de uma visão, disponibilização de recursos, desenvolvimento de competências, desenvolvimento de relações interpessoais, controlo e monitorização.

Em Portugal alguns autores também identificaram alguns compromissos a aplicar na prestação clínica, Fragata (2009) recomenda ações que contribuem para o aumento da segurança no ambiente clínico e redução do risco, segundo o autor, temos que considerar que:

*“A segurança dos doentes deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança. Deve existir, em cada hospital, uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico. (...)”*

*Torna-se imperativo estabelecer uma nomenclatura correta, ou terminologia do erro, de forma a*

*uniformizar a linguagem e as definições e, de igual modo, dar-se-á prioridade à definição de indicadores objetivos de performance e de segurança nos cuidados de saúde. (...)*

*A monitorização do risco deverá fazer-se com base em dois métodos: a) Declaração de eventos ocorridos – esta deve ser voluntária e anónima, mas coexistindo também com a declaração obrigatória (...). b) monitorização contínua da performance, por auditorias, por curvas de soma cumulativa, etc., que permitam acompanhar o desempenho e identificar em tempo útil os desvios e os outliers. (...)*

*Deve ser estimulada nos hospitais uma mudança cultural que contemple: a) valores partilhados sobre a segurança dos doentes (...) b) ambiente livre de culpa (...) c) comunicação e gestão do conhecimento”*

Carneiro, Jesus & Crevelim (2010) refere que, para se conseguir um sistema de saúde seguro é necessário ultrapassar cinco barreiras: 1) “Aceitação de limites à performance do sistema (...). 2) Diminuição da autonomia profissional (...). 3) Transcrição da mentalidade de artesão para o de “ator equivalente” (...). 4) Necessidade de arbitragem a nível do sistema para otimização de estratégias de segurança (...). 5) Necessidade de simplificação de regras e procedimentos profissionais”. O mesmo autor reforça o preconizado acrescentando que, para melhorar o sistema contribuem ainda outros aspetos como a melhoria das ações periódicas através de listas de verificação, intervenções a nível dos equipamentos, análise continuada dos indicadores de desempenho, a introdução de medidas que permitam melhorar a comunicação dos profissionais de saúde e estratégias para melhorar o desempenho como formação e a motivação.

Têm sido então desenvolvidas diversas iniciativas relativamente à investigação em segurança do doente, através da identificação de fatores de risco e de perigos que causem ou potenciem a ocorrência de eventos adversos. Elaboração, implementação e avaliação de práticas e de soluções inovadoras que contribuem para a melhoria da segurança do doente. Criação de sistemas monitorização e vigilância de forma a assegurar a manutenção de um clima de confiança e de uma cultura (individual, coletiva, organizacional) de segurança do doente.

Não obstante as dificuldades de aceitação da mudança, os objetivos da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do doente devem ser encarados como uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais e pela gestão. Donald Berwick (2004), um dos grandes promotores da qualidade na área da saúde, refere mesmo que é impossível iniciar qualquer movimento pela qualidade sem o envolvimento dos médicos. Este autor remete para o conceito de governação clínica, introduzido pelo

Reino Unido em 1997, que consiste no processo através do qual as organizações de saúde e os seus profissionais se responsabilizam pela melhoria contínua e pela garantia de elevados padrões de qualidade da sua prestação. Este conceito, relativamente recente, tem sido aplicado predominantemente no *National Health Service* (NHS) britânico para o avanço contínuo da qualidade das práticas clínicas, conjugando a responsabilização e a excelência com outras componentes associadas à governação clínica como a formação, as auditorias clínicas, a investigação e desenvolvimento, a abertura ao público, a efetividade clínica e a gestão do risco.

### **2.3.2 O doente e a Cultura de Segurança**

Nas últimas décadas, o conceito de qualidade tem-se vindo a transformar incorporando novos parâmetros, assim, vai alterando o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas do cliente. Os utilizadores estão cada vez mais informados e participativos exigindo qualidade, os profissionais preocupam-se com a qualidade devido ao compromisso ético intrínseco a esta área, ou seja, cuidar da sua saúde, e os gestores preocupam-se com a otimização de recursos e diminuição de custos (Gama & Saturno, 2013).

A cultura é o “conjunto de costumes, práticas, comportamentos que são adquiridos e transmitidos socialmente de geração em geração” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001).

O Comité de Peritos em Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde estabelece a seguinte definição de cultura de segurança do doente: *“Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados.”* (Council of Europe, 2005). Deste conceito depreende-se a existência de diferentes culturas de segurança. Estas variam consoante a organização e suas políticas de segurança e os comportamentos individuais.

Em Inglaterra o *Department of Health* (2005), refere que os pacientes com poder de assumir um papel ativo na prestação dos seus próprios cuidados de saúde são identificados como um fator importante no esforço para melhorar a segurança do

doente. Os doentes podem desempenhar um papel importante na diminuição dos incidentes de segurança do doente.

Koutantji, Davis, Vincent & Coulter, (2005), assinala que nas diversas fases de atendimento, há a oportunidade para o doente contribuir, para a redução medicação e a monitorização de eventos adversos.

Sendo o doente a figura central da prestação de cuidados de saúde, envolvimento do doente com o processo de prestação de cuidados de saúde varia de acordo com a idade, sexo e literacia do doente (Arora & McHorney, 2000). Segundo os autores, os doentes mais jovens tendem a envolver-se mais do que os doentes mais idosos e as mulheres desempenham um papel mais ativo do que os homens. Os conhecimentos que o doente possui sobre a prestação segura variam consoante o seu nível de literacia em saúde e consequentemente a sua cultura de segurança do doente. Pacientes com formação superior optam por uma participação mais efetiva do que os seus pares menos letrados (Arora & McHorney, 2000). Tem sido sugerido que alguns desses efeitos são devidos às diferenças nos níveis de literacia em saúde (Williams *et al.*, 2002).

Os pacientes com maiores habilitações académicas tendem a ter uma maior capacidade de obtenção, processamento e compreensão da informação básica de saúde necessária para tomar decisões de saúde adequadas (Schillinger, 2001).

A experiência dos pacientes relativa à sua(s) doença(s) desencadeia reações predominantemente negativas e emocionais de vulnerabilidade e ansiedade (Department of Health, 2005). Essas emoções negativas podem fazer com que os pacientes tenham uma perceção aumentada de vulnerabilidade a eventos negativos da vida e consequentemente a incidentes de segurança do doente (Meijer, Trip, Jaegers, Smits, Groothoff & Eisma, 2009). Este comportamento pode, por sua vez, aumentar a participação em comportamentos relacionados com a segurança. Além disso, as estratégias do paciente para lidar com a sua doença ou experiência em cuidados de saúde podem afetar a participação. Na pesquisa *Patient Preferences for Autonomy in Decision Making in Asthma Management*, podemos verificar que os estilos de *coping* ativos são propícios a um maior envolvimento nas decisões médicas (Adams, Smith & Ruffin, 2001).

Estudos preliminares sugerem que doentes com condições menos severas podem assumir um papel mais ativo nos seus cuidados de saúde do que os doentes que sofrem de patologias mais debilitantes. Por exemplo, os pacientes com hipertensão leve ou pequenas infeções do trato respiratório superior estão mais envolvidos nos seus cuidados do que os pacientes com diabetes, doença cardíaca ou lesão tumoral grave (Arora & McHorney, 2000). De forma similar, os doentes assintomáticos do HIV participam mais do que doentes sintomáticos (Catalan, Brener, Andrews, Day, Cullum, Hooker & Gazzard, 1994). No entanto, nem em todos estudos existentes a evidência é consistente, por exemplo, um estudo sobre mulheres com cancro de ovário mostrou que, independentemente da idade, as mulheres com prognóstico mais grave ou metástases foram mais participativas do que aquelas com um prognóstico mais favorável (Stewart, Wong, Cheung, Dancey, Meana, Cameron ... Rosen, 2000).

Weingart, Toth, Eneman, Aronson, Sands, Ship ... Phillips, (2004) referem que os doentes compreendem que são expostos ao risco e conseqüentemente a incidentes de segurança do doente. Além disso, quando ocorrem os incidentes, os doentes querem receber mais informações sobre os mesmos e saber como estes podem ser prevenidos.

Para aumentar o envolvimento do doente na segurança, primeiro devemos avaliar os fatores que podem influenciar o facto de um paciente assumir um papel ativo (Davies, Jacklin, Sevdalis & Vincent, 2007). Se os pacientes percebessem como são vulneráveis aos incidentes de segurança do doente, talvez eles desempenhassem um papel ativo na redução da sua suscetibilidade a tais ocorrências. Estudos que analisaram a opinião pública descobriram que (nos Estados Unidos) 75% dos indivíduos consideram os cuidados de saúde apenas moderadamente seguros e mostram-se preocupados com o risco de sofrerem erros médicos aquando uma hospitalização (*National Patient Safety Foundation*, 2002). Pesquisas adicionais mostraram que 49 % dos indivíduos sentiu que os erros médicos evitáveis ocorreram (muitas vezes) e 59% dos entrevistados acham que os pacientes eram (frequentemente, ou muitas vezes) parcialmente responsáveis por erros durante seus próprios cuidados (Blendon et al., 2002).

Podemos então afirmar que se queremos uma “boa” cultura de segurança do doente nas nossas instituições de saúde temos de, quer individualmente, quer em termos de

organização, inculcar a adoção de atitudes de constante avaliação e reflexão crítica, bem como tentar sempre melhorar em prol da segurança do doente.

Investigadores e profissionais de saúde estão empenhados em estudar/avaliar a ocorrência de erros em meio hospitalar, em especial os que resultam de sistemas mal concebidos e administrados atribuíveis às ações de múltiplos intervenientes organizacionais que se desviam das regras e procedimentos (Singer & Vogus, 2013).

Avaliar cultura de segurança da organização permite identificar e gerir prospectivamente aspetos relevantes de segurança nos hábitos e condições de trabalho. Esta abordagem permite obter informações cruciais dos colaboradores sobre as suas perceções e comportamentos relacionados com a segurança, permite a identificação de pontos fracos e fortes da cultura de segurança organizacional e deteção das áreas mais problemáticas relativamente às quais se podem introduzir ações de melhoria (Reis, 2014).

A avaliação da cultura de segurança organizacional pode ter múltiplas orientações: (a) diagnóstico da cultura de segurança e consciencialização dos colaboradores relativamente ao tema; (b) avaliação de intervenções para promoção da segurança do doente implementadas na organização e a sua monitorização; (c) comparação com dados internos e externos à organização; e (d) verificação do cumprimento de requisitos normativos (Sorra & Nieva, 2004).

A Cultura de Segurança do Doente tem um papel importante na determinação da segurança e qualidade nos cuidados de saúde (Fujita, Seto, Kitazawa, Matsumoto & Hasegawa, 2014)

As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações suportadas pela confiança mútua, por perceções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas (AHRQ, 2004).

Apesar da ênfase na segurança do doente nos cuidados de saúde, poucas organizações avaliaram até que ponto a cultura dos profissionais apoia a segurança do doente (Pronovost, Weast, Holzmueller, Rosenstein, Kidwell, Haller ... Rubin, 2003).

As dimensões da Segurança do Doente são agrupadas de diferente forma pelos vários autores, em função do contexto no qual estas são avaliadas (Palacios-Derflinger *et al.*, 2010). Até à data, a maioria das pesquisas sobre interpretação e medição da cultura da Segurança do Doente têm se realizado na prestação de cuidados de saúde agudos. Singla, Kitch, Weissman & Campbell, (2006) realizaram uma revisão sistemática de instrumentos ou ferramentas existentes desenvolvidas nos Estados Unidos para aferir a cultura de segurança do doente em cuidados agudos. Estes autores encontraram 13 instrumentos identificando 23 dimensões da cultura de segurança do paciente. Estas dimensões foram agrupadas em seis grandes categorias: gestão/supervisão, risco, pressão de trabalho, competência, procedimentos e outras.

## **2.4 Dimensões da Segurança do Doente**

### **2.4.1 Trabalho em Equipa**

De acordo com Manser, (2009), define-se uma equipa de trabalho como um conjunto de dois ou mais indivíduos que trabalham juntos para atingir objetivos comuns e partilhados, têm tarefas com competências específicas, usam recursos comuns e comunicam para coordenar e adaptar-se a mudanças.

O trabalho em equipa assume um papel fundamental para a Segurança do Doente (Catchpole, Panesar, Russell, Tang, Hibbert & Cleary, 2009; Manser, 2009; Mazzocco, Petitti, Fong, Bonacum, Brookey, Graham ... Thomas, 2009). Genericamente no seio das unidades de saúde a globalidade das atividades/procedimentos são desenvolvidos por equipas multidisciplinares, com diferentes níveis de conhecimento e competências que cooperam na realização das mesmas tarefas. Esta cooperação no desempenho, vulgo trabalho de equipa, influencia consideravelmente o comportamento dos vários profissionais de saúde em relação à segurança do doente. As características estruturais das organizações (nº de profissionais, normas de procedimentos, protocolos de atuação) associadas ao fluxo de trabalho condicionam a performance da equipa (Helmreich, 2000; Pina, Rego, Campos, Cabral & Cardoso, 2003; WHO, 2009). Já com alguns anos uma das descobertas com maior peso na avaliação de stress é que, à medida que o stress ou a excitação aumenta, os processos de raciocínio de um indivíduo e a amplitude da atenção diminuem (Easterbrook, 1959, Combs & Taylor, 1952). Todos os membros da equipa devem saber qual a sua função e o seu papel na prestação do



cuidado, pelo que, esta deve ser estruturada onde todos pautam pela assertividade sob uma liderança firme não pela “força”, mas pelo conhecimento e experiência (Pina et al., 2003).

Em 2009, Manser desenvolveu uma concetualização de aspetos do trabalho de equipa relevantes para a segurança do doente e a qualidade da prestação (Quadro 2).

Aspetos do Trabalho de Equipa	Exemplos de características relevantes para a segurança
<b>Qualidade de Colaboração</b>	Respeito Mútuo Confiança
<b>Modelos Mentais Partilhados</b>	Intensidade de Objetivos Partilhados Perceção Comum de uma Situação Perceção comum da Estrutura da Equipa, das Tarefas da Equipa
<b>Coordenação</b>	Coordenação Dinâmica
<b>Comunicação</b>	Abertura para a Comunicação Qualidade de Comunicação Práticas de Comunicação Específicas
<b>Liderança</b>	Estilo de Liderança Comportamento de Liderança Dinâmico

Quadro 2. Aspetos relevantes do Trabalho de Equipa.

Fonte: *Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature* (Manser, 2009).

Toda esta complexidade exige que os profissionais tenham elevadas competências de comunicação e de trabalho em equipa, para garantir uma prestação de cuidados segura.

#### 2.4.2 Comunicação

Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa *pôr em comum*. Por conseguinte, a comunicação pode ser conhecida como um procedimento de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais os indivíduos se compreendem, partilham o significado de ideias, pensamentos e motivos (Costa, 2009).

A comunicação é uma atividade humana primordial e a sua necessidade uma manifestação instintiva básica. Esta comporta fatores biológicos, psicológicos, psicossociais e fatores ambientais que condicionam os indivíduos. A sua importância proporcionou a criação de vários modelos teóricos cujo objetivo é a explicação do fenómeno comunicativo em função do tipo de comunicação (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010).

A comunicação é a permuta compreensiva de conceitos por meio de símbolos com a necessária reciprocidade na interpretação da mensagem seja ela verbal ou não verbal.

Segundo Tigulini & Melo (2002), a comunicação, envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um “processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas”.

A comunicação interpessoal, verbal ou não verbal, é uma competência a ser adquirida, que possibilita a excelência do cuidado em saúde (Ramos & Bortagarai, 2012). A compreensão da comunicação através de sinais não-verbais é fundamental para prestadores cuja ação está intimamente relacionada ao corpo e ao movimento. Os profissionais de saúde devem ter a noção que as suas mensagens não são interpretadas somente pela fala, mas também pelo comportamento. Assim a comunicação é mais efetiva quando reconhecemos a importância da linguagem corporal, quando consideramos a proximidade, a postura e o toque. Segundo os mesmos autores, quando há relacionamento entre o profissional e o doente, aquele deve ouvir o que este fala, depois o que este não deseja falar e por último o que este não pode falar. Cabe aos profissionais de saúde a interpretação da comunicação não verbal que o doente transmite, a fim de poder estabelecer um plano de cuidados ajustados às necessidades individuais. Podemos considerar que a passividade no relacionamento dos doentes com os profissionais pode transformar os primeiros num mero número, caso clínico perante um olhar técnico.

A teoria da ação comunicativa, segundo Habermas, compara uma construção ligada aos atos da fala e tem como fundamento básico esclarecer as condições que normalmente precisam ser satisfeitas sem qualquer ação comunicativa na linguagem natural (Habermas, 1987).

Em cada situação da fala, existem quatro expectativas de validade: a) a de que os conteúdos transmitidos sejam compreensíveis; b) que os interlocutores são confiáveis; c) que os conteúdos da fala são verdadeiros; d) que o locutor, ao praticar o ato linguístico, tenha razões válidas para o fazer, isto é, aja de acordo com normas que lhe pareçam justificadas (Houanet, 1992).

Os processos de comunicação em cuidados de saúde são vitais, diretamente relacionados com as diversas áreas e contextos de saúde, como, a relação e a satisfação estabelecidas pelos profissionais com os doentes (Santos *et al.*, 2010). Uma vez que a comunicação interfere na qualidade dos cuidados assistenciais, os profissionais devem estabelecê-la de forma satisfatória, tornando-a tão importante e necessária como a realização dos procedimentos técnicos. A prestação com qualidade pressupõe que a relação profissional/doente contribua para melhorar o processo de entrevista, facilite a compreensão e memorização das recomendações médicas. A comunicação médico/doente é ainda referida como elemento importante na atribuição do diagnóstico e muito especialmente, na prevenção de erros de diagnóstico (Rosário, 2009).

O estudo de Hindle, Haraga, Radu & Yazbeck, (2008), desenvolvido em hospitais na Roménia relativo à avaliação da cultura de segurança do doente, revelou como principais obstáculos à melhoria da Segurança do Doente a liderança inadequada, a falta de comunicação entre as categorias profissionais, entre pessoal sénior e júnior e acima de tudo com os doentes.

Segundo Stein, Frankel & Krupat, (2005), “Uma boa comunicação é importante não só porque se relaciona com os resultados específicos do cuidado, mas porque é o núcleo do que faz a medicina um esforço humano”.

As contrariedades relacionadas com comunicação na área da saúde estão na base de cerca de 70% dos eventos adversos (*Joint Commission for Hospital Accreditation*, citada por WHO, 2009), sendo por isso crucial a efetivação da melhoria nos processos de comunicação, em especial, na sistematização dos processos. Os momentos de transferência dos doentes, quer entre unidades hospitalares ou entre estas e as unidades de cuidados de saúde primários, e de passagem de turno constituem momentos críticos de passagem de informação (Lingard, *Espin, Whyte, Regehr, Baker, Reznick ... Grober*, 2004; Manser & Foster, 2011).

Nas organizações de saúde a passagem de informação é geralmente realizada informalmente, com muita variação entre locais, não existindo uma uniformização e sistematização do processo que contribua para a diminuição dos erros técnicos e de omissão e do tempo investido nestas atividades (Catchpole, *Leval, Mcewan, Pigott*,

Elliott, Mcquillan ... Goldman, 2007; Nagpal, Vats, Lamb, Ashrafian, Sevdalis, Vincent & Moorthy, 2010; Kalkman, 2010; Manser & Foster, 2011). Dada esta situação, Kripalani LeFevre, Phillips, Williams, Basaviah & Baker, (2007) no estudo “*Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians*”, identificaram qual o conjunto de informações relevantes que é necessário fornecer nas notas de alta, de modo a ocorrer uma passagem de informação atempada e precisa, garantindo assim a continuidade de cuidado e uso responsável de recursos.

- *Diagnósticos Primários e Secundários*
- *Histórico Médico Pertinente e Observações Físicas*
- *Datas de Hospitalização, Tratamento Fornecido*
- *Resultados de Procedimentos e Análises Anormais*
- *Recomendações de Profissionais de Especialidade Consultados*
- *Informação Fornecida ao Paciente e à Família*
- *Estado do paciente no momento da Alta*
- *Detalhes de Consultas de Acompanhamento Marcadas*
- *Necessidades de Acompanhamento Específicas, incluindo consultas e procedimentos a marcar, e testes pendentes no momento da alta*
- *Nome e Contacto do médico responsável*

De acordo com diretrizes da DGS (2015) as “instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando imprecisões na comunicação, que podem promover quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, incidentes com dano para o doente. As tecnologias de informação e comunicação representam, neste contexto, uma função estruturante medular, não só entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço. As instituições devem implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a efetuar e realizar auditorias periódicas como método de verificação do cumprimento das normas estabelecidas”.

### 2.4.3 Liderança e Coordenação

Liderança, capacidade de liderar um grupo, pelo modo como se impõe, pelo seu espírito de decisão (Academia das Ciências de Lisboa, 2001). Liderança é arte de comandar pessoas e influenciar de forma positiva mentalidades e comportamentos. A liderança exerce um papel crucial na área da Segurança do Doente atendendo à forte influência que os líderes exercem nas equipas de trabalho (Flynn & Shaw, 2010; Leonard & Frankel, 2012). Os líderes são os protetores da segurança das organizações e deverão ser um modelo de comportamento para os seus colaboradores, demonstrando compromisso com a mesma (Leonard & Frankel, 2012).

Carthey e Clarke (2010) referem que os profissionais de saúde têm formação sobre os aspetos técnicos, mas não possuem formação equivalente sobre fatores humanos. A falta de exercitação de competências não técnicas, leva a que questões relacionadas com a liderança, falhas de comunicação, coordenação e trabalho em equipa estejam presentes de forma significativa nos relatórios de incidentes.

O estudo de Hindle *et al.*, (2008), desenvolvido em hospitais Romanos na avaliação da cultura de segurança do doente, revelou a liderança inadequada como um dos principais obstáculos à melhoria da Segurança do Doente.

A liderança (líder) da equipa é o responsável pelo grupo de profissionais que trabalham em conjunto para realizar uma tarefa. O líder desempenha um papel fundamental na manutenção/desenvolvimento da segurança do doente. A este cabe a tarefa de supervisão, através da monitorização dos resultados, da sensibilização para o reforço de comportamentos seguros dos profissionais e do envolvimento do grupo na responsabilização para a melhoria contínua.

Parand, Dopson, Renz & Vincent, (2014) no estudo *“The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review”*, realizaram uma pesquisa em bases de dados MEDLINE, PsychINFO, EMBASE, HMIC, em que a estratégia de pesquisa abrangeu três áreas: gestão, qualidade dos cuidados e qualidade do ambiente hospitalar recorrendo à pesquisa de 19 artigos. Na sua maioria, os estudos foram realizados nos EUA, os projetos de pesquisa mais comuns e inquéritos foram as perceções de práticas de gestão da qualidade e segurança. Há alguma evidência de que tempo, empenho

disponibilizado pelos gestores a qualidade do trabalho e do nível da cultura de segurança da organização podem influenciar os resultados clínicos, processos e desempenho. Equipas eficazes adaptam as suas estratégias de coordenação aos requisitos de cada situação, sendo que a situações com um maior nível de padronização e quotidianas está associada uma coordenação mais implícita e com menos comportamento de liderança. A contrário situações críticas exigem mais comportamento de liderança e coordenação explícita.

No estudo *“Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature”*, é referido que a coordenação relacional entre profissionais da mesma equipa (medida pela frequência de comunicação, intensidade da partilha de objetivos, grau de respeito mútuo, entre outros), está associada a uma melhor qualidade de cuidado prestado a doentes submetidos a cirurgia (Manser, 2009).

#### **2.4.4 Erro Clínico**

Os doentes estão cada vez mais expostos ao erro clínico. A segurança do doente é compreendida como as ações cujas finalidades são impedir, prevenir e minimizar os eventos adversos resultado da prestação de cuidados de saúde (Bueno & Fassarella, 2012).

Fragata, (2010), identifica o erro como a *“falha em atingir uma ação planeada ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo”*, tendo o mesmo autor identificado também a diferença entre o por ele designado de erro honesto e erro de negligência. No erro honesto embora haja a falha no cumprimento de um plano foram acauteladas as regras de atuação caso contrário ao erro por negligência, em que são violadas normas de conduta.

A ocorrência de um evento adverso não significa obrigatoriamente que houve um erro na prestação de cuidados. Os doentes podem sofrer danos inerentes aos cuidados de saúde não evitáveis. Já, os eventos adversos evitáveis estão associados a falhas ativas, falhas latentes ou incumprimento de normas e procedimentos (Reason 2000), (Nascimento & Travassos 2010).

Os fatores que condicionam a nossa prestação e que sobre ela atuam, ou seja, que podem propiciar o erro são fatores humanos, organizacionais, ambientais e o fator tarefa pela sua complexidade (Vicent, 2000).

O relatório do *Institute of Medicine* (1999) sobre o erro médico, baseado na população americana sugere que nos Estados Unidos entre 44000 e 98000 pacientes morrem todos os anos por erros evitáveis, tornando os erros médicos a oitava causa de morte mais comum (Sexton, Thomas & Helmreich, 2000).

A magnitude dos erros médicos e eventos adversos relacionados com medicamentos nos Estados Unidos que contabiliza cerca de um milhão de doentes/vítimas, representa a quarta causa de morte neste país expondo um problema de saúde pública (Carvalho & Vieira, 2002).

Já na década de 50, trabalho em equipa deficiente e falhas comunicação foram documentados durante procedimentos cirúrgicos e tratamento de doentes em unidades de medicina intensiva (Michaelson & Levi, 1997).

Uma abordagem sistémica para o erro médico levou ao desenvolvimento de simuladores para estudar e melhorar o trabalho em equipa nas unidades de ressuscitação cirúrgica e de trauma (Marsch, 1998).

As Investigações já realizadas em indústrias com um nível de segurança crítica dizem-nos que para superar o problema do erro, devemos entender o sistema de prestação de cuidados (Leape, 1994).

No contexto do erro o sistema organizacional desorganizado e complexo, associado a profissionais sem formação e com experiência insuficiente para lidar com a situação, induz ao erro, pois o facto de não o admitir já é considerado um erro (Vincent, 2009).

Como já mencionado anteriormente, foi à indústria que os procedimentos de melhoria da qualidade em saúde, e a ela associada a segurança do doente, foram beber os conceitos e as ferramentas básicas para a sua efetivação.

Erros de diagnóstico também contribuem significativamente para resultados lesivos para os doentes, área que dentro da temática segurança do doente ainda permanece pouco estudada e quantificada (Singh & Sitting, 2015). Estima-se que erros de

diagnóstico afetem cerca de 12 milhões de americanos a cada ano só em tratamento ambulatorio (Singh, Meyer & Thomas, 2014). Vários métodos têm sido sugeridos para estudar os erros de diagnóstico, incluindo autópsias, revisões de casos, relatórios de incidentes e as reivindicações de negligência de entre outros (Graber, 2013). Torna-se relevante a aferição da segurança do doente já que esta é essencial para reduzir eventos adversos, reduzindo ainda mais os erros de diagnóstico estando o progresso dependente da nossa capacidade de superar esses desafios relacionados com a medição.

A investigação relacionada com os fatores humanos, bastante desenvolvida na indústria aeronáutica pela utilização de modelos explicativos do erro foi transposta para o setor da saúde (Helmreich, 2000). Perante as mesmas circunstâncias de trabalho em universos de elevada complexidade de interação entre indivíduos e tecnologia foi possível efetuar uma similaridade com a saúde. Não obstante existirem diferenças notórias nestas duas áreas (saúde e aeronáutica) Helmreich, considera importante que um modelo de gestão de ameaça do erro, contenha itens onde conste: conhecer o contexto de prestação de serviços e todas as suas fragilidades (ameaças); classificar os erros e ameaças passíveis de ocorrência nas áreas clínicas; classificar os processos de gestão da ameaça e do erro com a respetiva avaliação (resultado); identificação de ameaças latentes (de difícil identificação) no ambiente de prestação. Segundo o mesmo autor são consideradas ameaças todos os elementos (ambiente/indivíduo/equipa) que atuando no ato da prestação potenciam a probabilidade de ocorrência do erro. Este modelo proposto classifica a tipologia do erro em cinco grupos: erros de comunicação; erros processuais; erros de proficiência; erros de decisão: violações dos procedimentos e/ou políticas. A implementação deste modelo permite uma interpretação, das causas e efeito da intervenção, identificação e gestão dos erros e ameaças ao ambiente organizacional.



Na década de 90, Reason, define erro como: “*as the failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning)*”. Com esta definição veio acrescentar uma nova abordagem à segurança do doente, centrada no todo, no sistema. Este propôs o Modelo do Queijo Suíço (figura 4), onde um erro ativo (Resultado/Incidente) é consequência de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo) – correspondente aos orifícios do queijo. Com este modelo demonstrou a necessidade de tentar obstruir estas falhas e criar camadas sobrepostas a fim de impedir o realinhamento, desta forma impede a concentração da atenção no incidente e convergir às causas-raiz (Reason, 1990a).

O estudo de Reason ganhou relevância em 1999 através do relatório do *Institute of*

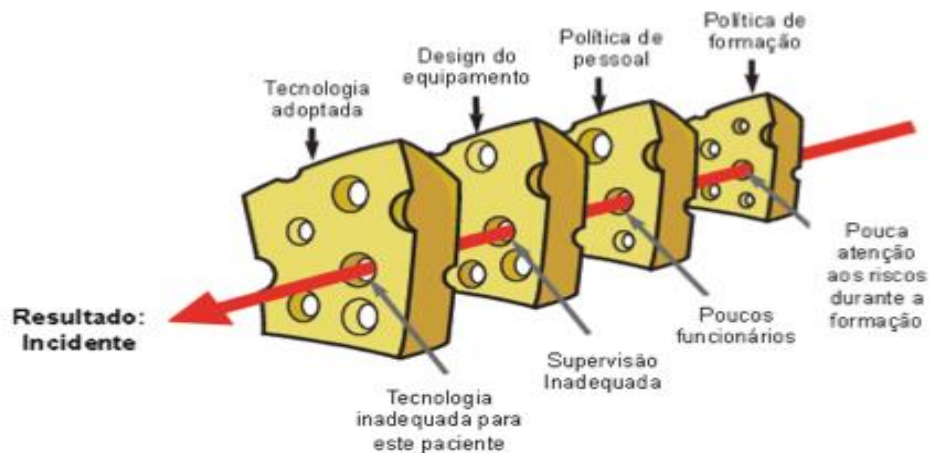


Figura 4. O modelo do “queijo-suíço de Reason  
Fonte: Adaptado de Reason (2000)

*Medicine* intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), que desencadeou um movimento mundial centrado na segurança do doente (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Ao revelar a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA decorrentes de erros na prestação de cuidados de saúde, expôs como seria uma estimativa da realidade mundial, certamente, os números cresceriam exponencialmente (Watcher, 2010). Perante tais constatações, tratando-se de um problema de saúde pública de elevada escala e com custos a diferentes níveis foram vários os países que criaram organismos para dar resposta a este problema. Dos quais se destacam, *Agency for Healthcare Research and Quality* – AHRO (Agência para Pesquisa e Qualidade no Atendimento

Médico Hospitalar Norte Americana) e a *National Patient Safety Agency* – NPSA (Agência Nacional de Segurança do Paciente) no Reino Unido.

Reason (1990b), identificou que os erros de cada ser humano estão relacionados com a configuração do trabalho e com as condições laborais, em especial nos sistemas de maior complexidade. Considera ainda a existência três modelos caracterizadores do erro, o modelo centrado na pessoa, o modelo legalista e o modelo sistémico.

A adoção de uma abordagem sistémica para a melhoria, significa reconhecer as limitações das soluções tecnológicas. Outros componentes dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, tais como fatores culturais profissionais e organizacionais (por exemplo, negação de aspetos interpessoais do desempenho) também precisam ser estudados para aumentar a compreensão e evitar erros (Helmreich, 2000).

Na literatura sobre acidentes, algumas vezes ganha evidência a temática de como os modelos ou as conceções de acidentes adotados pelas equipas de análise direcionam a procura de fatores e a construção de explicações sobre a forma como o evento ocorreu. Ou seja, sobre a forma como os pressupostos implícitos ou explícitos nos conceitos e técnicas usados pelas equipas de controlo da segurança influenciam os resultados das práticas de análise de acidentes (Almeida, 2006; Dekker, 2005; Hollnagel, 2003). Esta temática foi explorada por Hollnagel (2004) que critica, em especial, o determinismo assumido nas abordagens mais comuns em análises de acidentes e apresenta uma proposta de modelo não linear de acidente, denominado por ele de ressonância funcional. De acordo com o mesmo autor não faz sentido utilizar a noção de “causa(s)” de acidentes, mas, agir com a noção de explicação construída durante a análise desses eventos. Para explicar a diferença entre causa e explicação, o autor afirma que podemos dizer que ocorre um acidente quando determinado número de fatores acontece em conjunto ou se alinha em momento específico.

#### **2.4.5 Notificação**

Pela crescente preocupação a nível mundial com as questões associadas à segurança do doente, torna-se relevante a criação e implementação de sistemas de relato/notificação de incidentes ocorridos nas unidades de saúde.

No Reino Unido, após o desenvolvimento dos padrões de gestão de risco nacionais, em 1995, a maioria dos hospitais britânicos estabeleceu sistemas de relato como parte integrante dos programas de gestão de risco (Sari, Sheldon, Cracknell & Turnbull, 2006).

Em 2008, Kaldjian, Jones, Wu, Forman-Hoffman, Levi & Rosenthal, no estudo *Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety*, realizado em hospitais universitários nos Estados Unidos, pretendeu evidenciar que a recolha de dados sobre erros médicos é essencial para melhorar a segurança do paciente, mas os fatores que afetam a notificação de erros pelos médicos são pouco compreendidos. Este estudo teve a adesão de 338 participantes (taxa de resposta, 74,0%). A maioria dos entrevistados concordou que a notificação de erros melhora a qualidade do atendimento para futuros pacientes (84,3%) e provavelmente relataria um erro hipotético resultando em danos menores (73%) ou maiores (92%) a um paciente. No entanto, apenas 17,8% dos entrevistados notificaram um erro real menor (resultando em tratamento prolongado ou desconforto), e apenas 3,8% notificaram um erro grave real (resultando em incapacidade ou morte). Além disso, 16,9% reconheceram não notificar um erro real menor e 3,8% reconheceram não notificar um erro real grave. Apenas 54,8% dos respondentes sabiam notificar erros, e apenas 39,5% sabiam que tipo de erro reportar. Análises das respostas hipotéticas mostraram que a vontade de relatar estava positivamente associada a acreditar que relatar melhora a qualidade do atendimento, saber relatar erros, acreditar no perdão e ser médico docente versus residente. A conclusão deste estudo mostrou que a maioria dos médicos residentes e do corpo docente está preparada para relatar erros hipotéticos causadores de danos, mas apenas uma minoria relatou um erro.

Em 2010, a Escola Nacional de Saúde Pública realizou em Portugal um estudo piloto epidemiológico sobre a incidência de eventos adversos em contexto hospitalar e o seu impacto e evitabilidade, que evidenciou uma taxa de incidência de 11,1% (comum a outros estudos realizados nos EUA e em alguns Estados Europeus) e, conseqüentemente, originaram um prolongamento do internamento, em média, por 10,7 dias (Escola Nacional de Saúde Pública, 2011).

Pelos resultados observados, e comuns a nível mundial, revela-se evidente a urgência de uma intervenção global nas questões da segurança do doente, tarefa proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO) que lançou vários desafios, de entre os quais se destaca a criação e implementação de Sistemas de Relatos de Incidentes (SRI) nas organizações de saúde. De referir que o principal objetivo do SRI é a partilha e aprendizagem com os erros/falhas de forma a encontrar soluções para a sua prevenção (WHO, 2009).

Nos EUA, Reino Unido e Dinamarca, entre outros, a utilização de Sistemas de Relatos de Incidentes (SRI) a nível nacional já estava instituída (NPSA, 2004).

Em Portugal é disponibilizado aos profissionais de saúde e aos cidadãos, por parte da DGS, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), publicado na orientação nº 25 de 2012 (DGS, 2012). Trata-se de um sistema de notificação não punitivo que garante o anonimato e a confidencialidade dos envolvidos. Este sistema permite realizar uma análise causal dos incidentes, bem como a definição de medidas corretivas. O SNNIEA é extinto pela norma nº15/2014 da DGS (DGS, 2014) e é concebido o novo sistema de notificação, denominado de “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes-NOTIFICA.

Desde o ano 2000, alguns hospitais portugueses, por imperativo de programas de acreditação realizados sob normas do *King’s Fund* e da *Joint Commission International*, iniciaram a implementação de sistemas de relato.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) em 2001, iniciou a implementação e criação de um sistema de relato/notificação de incidentes que teve como base a norma da gestão do risco do manual do *King’s Fund*, atualmente designado por CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*) (Ramos & Trindade, 2013). A norma utilizada inicialmente, de acordo com as autoras, referia somente que “*existe um sistema de registo, comum a toda a organização, e que abrange todos os tipos de incidentes, eventos adversos e quase-acidentes*”. Tal, pela falta de informação relativa à experiência de outras unidades de saúde colocou à equipa de gestão de risco do CHLC algumas questões relativamente ao necessário para a criação de um sistema de registo de incidentes, qual o formulário a utilizar, que tipo de eventos deveriam ser relatados e não

menos importante como realizar a análise de um incidente.

Em 2011, foi implementado o sistema de notificação de eventos no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), atual Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), tendo o mesmo pretendido, incluir alguns fatores críticos de sucesso subjacentes a qualquer sistema de notificação como o voluntariado, confidencialidade, anonimato e sem efeitos colaterais, existindo a certeza por parte dos profissionais que é isento de sanções disciplinares, civis, criminais e/ou punições. Para tal foi imperativa: “a sensibilização dos profissionais para o relato de situações suscetíveis de prováveis erros; Identificação dos vários cenários de eventos adversos, existentes na organização; Conhecimento das consequências dos eventos adversos ocorridos na organização para se reduzir a probabilidade de ocorrência” (NH22/CHBA, 2011a).

Capucho, Arnas, & Cassiani, (2013) realizaram o estudo “Segurança do Paciente – comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde” o objetivo do estudo residia na comparação dos dois tipos de notificação voluntária sobre incidentes que afetam a segurança dos pacientes, manuscrita (NM) e informatizada (NI) quanto ao número, ao tipo de incidente relatado, notificador e qualidade dos relatos. Neste estudo foram analisadas 1089 notificações, cuja divisão foi de 61.2% de NI e 38.6% de NM. Outra constatação verificada foi que as NI foram realizadas em todos os dias do mês e as NM apenas em dias úteis. O maior número de notificações referiu-se aos medicamentos, seguidos de problemas relacionados com dispositivos médicos, e o profissional que mais relatou foi o enfermeiro, em ambos os casos. No geral, NI tinham mais qualidade que NM (86.1% vs 61.7%), sendo que 36.8% das NM eram ilegíveis. Pelos resultados obtidos evidenciou-se que, as notificações informatizadas sobre incidentes em saúde nos hospitais favorecem relatos espontâneos qualificados, ampliando a segurança dos pacientes.

Castel, Ginsburg, Zaheer & Tamim, (2015), no estudo “Understanding nurses’ and physicians’ fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors?”, considera ser crucial identificar e compreender fatores de influência sobre o medo de repercussões do relato e discussão de erros médicos por parte de enfermeiros e médicos. Este estudo analisa a influência

dos dados sócio demográficos dos profissionais (idade, género, vínculo), características da organização (status de ensino, localização) e fatores de liderança (organização e apoio da liderança para a prestação segura) sobre o medo de repercussões na notificação. Neste estudo foi aplicado um questionário “*Modified Stanford patient safety climate survey*” (MSI-06), em três províncias canadianas (2319 enfermeiros, 386 médicos). Os resultados da análise evidenciaram que a idade, o género, o vínculo, o status de ensino e a província não foram significativamente associados ao medo de repercussões para enfermeiros ou médicos. Uma organização forte e o apoio da liderança das várias unidades para promoção da segurança do doente explicou a maior variação de medo tanto para enfermeiros quanto para médicos.

O estudo intitulado por “*Patient safety is everyone’s business*” realizado por Mandel (2017), teve como objetivo avaliar as razões e os motivos inerentes à existência de incidentes no decorrer da prestação de cuidados de saúde, fundamentalmente no que concerne às práticas que envolvem a exposição à radiação.

Como metodologia pretendeu-se analisar os relatórios de incidentes utilizados na Austrália e Nova Zelândia, para identificação das principais falhas e/ou erros que comprometem a segurança do paciente.

Com este estudo, percebeu-se que os relatórios de incidentes são uma ferramenta de segurança essencial aquando do exercício profissional, com o objetivo de minimizar os riscos associados à prática clínica. Através da análise dos dados, verificou-se que os cuidados de saúde são complexos e intrinsecamente inseguros, com cerca de 16,6% de taxa de erro verificadas na Austrália e com uma taxa de erro de 12.9% na Nova Zelândia. Em síntese, por forma a minimizar os riscos associados às práticas de saúde e a melhorar a segurança do paciente, sugere-se a implementação de listas de verificação adequadas; melhorar as taxas de notificação de incidentes; criar uma cultura justa que se concentre na segurança do paciente; criar um registo comum de incidentes, para que se possam partilhar opiniões e recomendações bem a utilização de relatórios de incidentes apropriados, isto é, usar um sistema de relatórios nacional e global. Assim, com este sistema de relatórios geral, pretende-se que exista, na sua totalidade, informações sobre os vários possíveis acontecimentos de eventos adversos, traduzindo-se num método fácil, acessível e seguro de usar, independente do contexto clínico em que

decorreu. Perante o supramencionado, como exemplo é referido o *National Reporting and Learning System* (NRLS), utilizado pelo Reino Unido. Desta forma, com o estudo desenvolvido por Mandel, (2017) constata-se que a possibilidade de reportar a ocorrência dos erros de forma anónima aumenta exponencialmente o registo dos erros.

## **2.5 Estudos realizados sobre a cultura de segurança do doente**

A crescente importância da temática da segurança do doente, assume mundialmente uma missão vital na melhoria da prestação de cuidados de saúde com a realização de vários estudos à escala global na tentativa de obtenção do máximo de informação relativa à identificação, caracterização, avaliação e monitorização de questões relativas a esta temática.

### **2.5.1 Estudos realizados em Portugal**

Portugal à semelhança de outros países nos últimos anos têm sido realizados alguns estudos que nos permitem avaliar a cultura de segurança das organizações de saúde nacionais, sendo de salientar que a maioria dos estudos são realizados em âmbito académico (tabela 1).

Mota (2014), realizou um estudo sobre a Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório em dois blocos operatórios de dois hospitais da zona centro. Neste foram aplicados a versão portuguesa do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, e um questionário, sobre o contributo da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC) para a SD. A amostra (n=117) é constituída por 57 enfermeiros, 33 cirurgiões e 27 anestesistas. O resultado da avaliação indica que maioria dos profissionais considera que a LVSC contribui para a SD, no entanto, mais de metade considera que existem dificuldades na sua aplicação e referem a necessidade de efetuar alterações na mesma. De acordo com a autora a melhor perceção da Cultura da Segurança do Doente está associada a uma melhor perceção do contributo da LVSC para a SD. Os resultados indiciam a necessidade de estratégias de desenvolvimento da CSD e de maior reflexão sobre a adesão dos profissionais à implementação da LVSC.

O estudo de Sousa (2013), que avaliou a Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da região Centro, constituído por três unidades hospitalares e envolveu

vários grupos profissionais tais como enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico de terapêutica, assistentes técnicos, assistentes operacionais e técnicos superiores). Com n=310 (com uma taxa de resposta de 17%), identificou como dimensões mais crítica “resposta não punitiva ao erro” (21.2%), o “apoio à segurança do doente pela gestão” (24%) a “frequência da notificação” (28.1%). Como dimensões positivas “nº de profissionais” (38.7%), o “trabalho em equipa” (68,1%), e as “expetativas do Gestor/Supervisor na promoção de ações para a segurança do doente ” (58%).

O estudo de Peralta (2012), sobre a segurança do doente e a perspetiva dos profissionais envolveu vários grupos profissionais tais como enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico de terapêutica, assistentes técnicos e outros, de hospital da região Centro. Com N= 538 (com uma taxa de resposta de 52%) identificou como dimensões mais crítica “resposta não punitiva ao erro” (23.1%), a “frequência da notificação” (28.4%). Como dimensões positivas “nº de profissionais” (38.7%), o “trabalho em equipa” (72.7%), a “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (71.1%) e expetativas do Gestor/Supervisor na promoção de ações para a segurança do doente ” (63.6%).

O estudo de Fernandes & Queirós (2011), realizado em quatro hospitais distritais da região centro, pretendeu avaliar a cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros. Com um n=136 (com uma taxa de resposta de 58.4%) identificou como dimensões mais críticas a “Resposta não punitiva ao erro” (30%) a “frequência da notificação” (33%), “apoio à segurança do doente pela gestão” (44%). Como dimensões mais fortes a “enfermeiros entendem que existe entreajuda” (95%), “cooperação face ao excesso de trabalho” (88%), o “trabalho em equipa” (79%), a “passagem de turno” (71%), a “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (54.4%).



Tabela 1. Caracterização dos estudos realizados em Portugal

Autores	Título	Amostra	Taxa de		Objetivos dos estudos
			N.º Hospitais	Resposta (%)	
Eiras, M.; Diniz A.; Escoval A.; Costa A.; Fernandes A.; Bruno P. Gaspar M.; (2011)	Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de Hospitais portugueses	2449	7	11	Direcionar intervenções de melhoria na cultura de segurança e monitorizar a evolução das mesmas.
Estudo Piloto					
Peralta, T., (2012) Tese Mestrado	Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro	538	1	52	- Conhecer a perceção dos profissionais do Hospital X sobre cultura de segurança do doente; - Conhecer a perceção dos profissionais sobre o contributo da implementação de normas da qualidade para a segurança; - Identificar oportunidades de melhoria nas áreas de segurança do doente.
Sousa, A (2013) Tese Mestrado	Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro	310	3	17	Avaliar a cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar α e identificar oportunidades de melhoria no âmbito de segurança do doente.
Pimenta, L. C., 2013 Tese Mestrado	Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria	269	1	42	- Avaliar a perceção dos profissionais (que interajam direta ou indiretamente com o doente) acerca da cultura de segurança doente.
Costa, M (2014) Tese Mestrado	Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, perceção dos profissionais	303	1	54	Identificar pontos fortes e fracos da cultura de segurança do doente no sentido de promover oportunidades de melhoria; - Caracterizar a perceção dos profissionais do hospital acerca da cultura de segurança do doente.
Fernandes & Queirós (2011) Artigo de Investigação	Cultura de Segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses	136	4	58,4	Caraterizar a Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros, em hospitais distritais.

## 2.5.2 Estudos realizados na Europa

Na Europa destacam-se estudos sobre a cultura segurança do doente realizados em Espanha, Inglaterra e Itália (tabela 2). O estudo de Saturno *et al.* (2009), realizado numa

amostra (N=6257) representativa de hospitais públicos do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. Foram analisados 2503 inquéritos (taxa de resposta de 40%, 93% dessas são de profissionais com contacto direto com o doente). Um total de 50% deu uma pontuação de segurança do paciente de 6 a 8 (numa escala de 10 pontos); 95% relataram menos de 2 eventos no ano passado. Dimensões "trabalho em equipa " (71.8%) e "Expectativas do Gestor/Supervisor na promoção de ações para a segurança do doente " (61.8 %) "aprendizagem organizacional – melhoria continua" (54.4%) têm a maior percentagem de respostas positivas. Como pontos fracos destacaram-se, " Nº de Profissionais" (27.6%), "Trabalho entre unidades hospitalares" (42.1%), "perceção global de segurança" e "apoio à gestão hospitalar para a segurança do paciente" (24.5%). Foram encontradas diferenças significativas entre os hospitais, profissional e tipo de serviço, estas indicam uma atitude geralmente mais positiva em pequenos hospitais e serviços de farmácia e mais negativas entre os médicos.

Tabela 2. Caracterização dos estudos realizados na Europa

Autores	Título	Amostra	N.º Hospitais	Taxa de Resposta (%)	Objetivos dos estudos
<b>Saturno, P. J., Gama, Z., Sousa, S., Oliveira, A., (2009)</b>	Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español	6257	24	40	- Aplicar a ferramenta validada para a medição de atitudes e segurança do doente - Descrever a frequência de atitudes positivas e comportamentos relacionados com a segurança do doente nos cuidados de saúde profissionais de nível hospitalar. - Incentivar o uso do questionário para a avaliação, monitorização e melhoria da cultura de segurança em hospitais do Sistema Nacional de Saúde espanhol.
<b>Gama, Z. A. d. S., Oliveira, A. C. d. S. &amp; Hernández, P., J. S., (2013)</b>	Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles	1113	8	35	- Descrever a frequência de atitudes positivas e negativas, como profissionais de saúde desses hospitais, relacionadas com a segurança do doente; - Analisar os fatores socio laborais e estruturais que estão relacionados com a cultura de segurança do doente.
<b>Bagnasco, A.; Tibaldi L.; Chirone P.; Chiaranda C.; Panzone M.; (2011).</b>	Patient safety culture: an Italian experience	724	1	42	- Validar o questionário para o contexto Italiano; - Entender qual o nível de consciência dos profissionais de saúde que trabalham num hospital do norte da Itália sobre cultura de segurança do doente
<b>Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C. &amp; Murphy, J., (2010)</b>	Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK	1437	3	37	Avaliar as propriedades psicométricas e adequação da pesquisa sobre cultura de segurança do doente nos hospitais americanos para uso no Reino Unido.

Num estudo posterior levado a cabo por Gama, Oliveira, & Hernández (2013), também em Espanha que teve como objetivo descrever a Cultura de Segurança do Paciente (CSD) numa rede regional de hospitais públicos, de acordo com a perceção dos profissionais de saúde, e analisar a influência de fatores socioprofissionais. Foi realizada uma pesquisa com 1.113 profissionais de oito hospitais espanhóis, através de um questionário com 12 dimensões da CSD. Perceções são descritas pelas percentagens de respostas positivas (PRP) e negativas (PRN) para cada dimensão, e a associação de

fatores analisados por regressão linear múltipla. O "trabalho em equipa na unidade" dimensão foi destacada com a mais alta PRP (73.5%) e "profissionais" com a maior PRN (61). Os fatores associados com o CSD ( $p < 0,05$ ) foram os "serviços" (farmacêuticos e cirúrgico) e "profissão" (enfermeiro), também positivamente. Assim, a melhoria da CSD deve incidir sobre a racionalidade do profissional e aproveitamento do bom relacionamento dentro das unidades, usando o farmacêutico e serviços cirúrgicos e enfermeiros, como ponto de referência para outros serviços e profissionais.

O estudo Waterson, Griffiths, Stride, Murphy & Hignett (2010) relata uma avaliação das propriedades psicométricas e adequação do American Hospital Survey sobre a cultura de segurança do paciente para uso no Reino Unido. Foi aplicado um questionário em 3 hospitais de cuidados agudos do Serviço Nacional de Saúde Britânico (1437, taxa de resposta 37%). Foram realizados para avaliar o desempenho psicométrico deste instrumento de pesquisa e explorar potenciais melhorias: análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória e a confiabilidade. A análise de resultados de confiabilidade dos itens de cada escala proposta mostrou que mais da metade não conseguiu alcançar consistência interna satisfatória (Cronbach é um  $< 0,7$ ). Além disso, a análise fatorial confirmatória realizada com os dados do Reino Unido demonstrou ser pouco adequada quando comparado com o modelo americano original. Os resultados indicam que há necessidade de cautela ao utilizar o instrumento que avalia a Cultura Segurança do Doente nos EUA e no Reino Unido. E sublinhar a importância da validação adequada dos questionários sobre a cultura de segurança antes de estender seu uso para populações fora dos contextos geográficos e de saúde específicos em que foram desenvolvidos.

### **2.5.3 Estudos realizados nos EUA e Canadá**

A Agência Norte Americana Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), criou um questionário para ser aplicado nos hospitais, o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) tendo sido aplicado neste país pela primeira vez em 2004 por Sorra e Nieva (Sorra & Nieva, 2004). Este instrumento tem sido validado em vários países um pouco por todo o mundo, o questionário está traduzido em pelo menos 23 línguas e está a ser utilizado em cerca de 41 países (Direção Geral de Saúde, 2013).

Tabela 3. Caracterização dos estudos realizados nos Estados Unidos da América, Canadá e Austrália

Autores	Título	Amostra	N.º Hospitais	Taxa de Resposta (%)	Objetivos dos estudos
Sorra, J. & Nieva, V., (2004)	Pilot Study for the <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Summary of Reliability and Validity Findings</i>	1437	21	29	- Desenvolver um instrumento confiável de cultura de segurança do doente, que os hospitais pudessem utilizar para avaliar a cultura de segurança do doente a partir da perspetiva de seus funcionários e colaboradores.
Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D. & Smith, S. A., (2012)	Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report	56770	1128	53	- Permitir que cada hospital possa comparar os resultados dos inquéritos a cultura de segurança do doente com os de outros hospitais. - Fornecer dados para os hospitais para facilitar a avaliação interna e aprendizagem no processo de melhoria da segurança do doente. - Fornecer informações suplementares para ajudar os hospitais identificar seus pontos fortes e as áreas com potencial de melhoria na cultura da segurança do doente - Fornecer dados que descrevem as mudanças na cultura da segurança do doente ao longo do tempo.
Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. ... Tamblyn, R. (2004)	The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada	3745	20	40,8	Verificar se a pesquisa de eventos adversos (AEs) destacou a necessidade de melhorar a segurança do paciente. Identificar a incidência de EA entre pacientes em hospitais canadianos de cuidados agudos
Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D. W et al., (2010)	Patient safety research: an overview of the global evidence				Identificação de tipos e causas de EA Identificar questões relativas à segurança do doente
Miller, G., Britt, H., Valent, L., (2006)	Adverse drug events in general practice patients in Australia				

Os Eventos adversos (EA) podem ocorrer como resultado de qualquer interação do doente com o sistema de saúde. No estudo *“The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada”* que avaliou cinco províncias do Canada, British Columbia, Alberta, Ontário, Quebec e Nova Escócia, nas

quais foram selecionados aleatoriamente, um hospital universitário, um hospital central e dois pequenos hospitais, realizado por Baker *et al.*, (2004) foi evidenciado que cerca de 7.5% dos pacientes admitidos em hospitais de cuidados agudos no Canadá no ano de 2000 sofreram 1 ou mais eventos adversos. Verificou-se que em 36,9% destes pacientes os EA poderiam ter sido preveníveis. Refere também, que, a maioria dos pacientes que sofreram EA recuperou sem incapacidade permanente, muito embora sujeitos a internamentos mais prolongados ou alguma incapacidade temporária. No entanto, uma menor, mas significativa percentagem de pacientes morreu ou sofreu uma incapacidade permanente como consequência do EA. Também neste estudo é realizada uma extrapolação, tendo os resultados sugerido que, no ano 2000, entre 141 250 e 232 250 de 2.5 milhões de admissões semelhantes em hospitais de cuidados agudos no Canadá estiveram associadas com eventos adversos, e que 9250 a 23750 mortes relacionadas a eventos adversos que poderiam ter sido evitadas.

Na Austrália, o estudo de 2006 “Adverse drug events in general practice patients in Australia”, realizado por Miller *et al.* (2006), tinha por objetivo investigar a frequência, a causa e a gravidade dos efeitos adversos provocados por fármacos em doentes de medicina geral obteve resultados importantes. Revelou a elevada frequência de eventos adversos relacionados com a administração de medicamentos em pacientes que recorreram a hospitais de clínica geral. O nível de morbidade observada torna estes eventos uma das causas mais significativas de morbidade na comunidade australiana. Estes concluíram que os cuidados médicos inseguros podem causar morbidade e mortalidade substanciais em todo o mundo, apesar da imprecisão das estimativas da magnitude do problema.

O artigo “Patient safety research: an overview of the global evidence”, de Jha, Prasopa-Plaizier, Larizgoitia, Bates & Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. (2010), publicado nos Estados Unidos América (EUA), que reflete o resultado de um relatório elaborado a pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a pretensão de melhor compreender as causas e o impacto da prestação de cuidados médicos inseguros a partir de uma perspetiva global. A abordagem foi iniciada com a identificação dos tipos e causas de eventos adversos particularmente prejudiciais aos pacientes e identificação dos principais fatores de risco

e respetivas causas subjacentes. O grupo de peritos (*National Patient Safety Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality* e Departamento da Segurança Organização Mundial de Saúde) envolvidos na elaboração do relatório definiu uma lista de riscos e causas subjacentes que foi discutida e avaliada de forma sucessiva pelos vários intervenientes. Também no artigo em análise é referido que embora haja algum debate sobre a relação entre qualidade e segurança, o Instituto de Medicina EUA sugere que a segurança é uma questão crítica, e importante componente da prestação de cuidados de alta qualidade. Os peritos categorizaram a segurança dos pacientes em Estrutura, Processo e Resultado já identificados anteriormente por Donabedian em 1966. A AHRQ define "estrutura" como os recursos e sistemas organizacionais em vigor na prestação de cuidados, "processo" como as atividades dos prestadores e "resultado" como as consequências das atividades clínicas por parte dos prestadores. Foram identificados 23 tópicos em segurança do doente relacionados com:

- a) Nível estrutura: fatores organizacionais e falhas latentes; responsabilidade estrutural; cultura de segurança; falta de formação e conhecimento; stress e fadiga; pressão para a produção.
- b) Nível do Processo: erros na prestação por diagnóstico errado; erros no processo por falta de acompanhamento; práticas inseguras; medidas de segurança do doente.
- c) Nível do Resultado: eventos adversos e lesões pela utilização de dispositivos médicos; eventos adversos resultado da administração de medicamentos; eventos adversos/lesão dos pacientes devido a erros cirúrgicos; eventos adversos provocados por infeções associadas aos cuidados de saúde; eventos adversos pela administração de produtos sanguíneos inseguros; segurança do doente entre mulheres grávidas e recém-nascidos; preocupações de segurança do paciente entre adultos mais idosos; eventos adversos devido a quedas em meio hospitalar; ferimento causado por úlceras de pressão e úlceras de decúbito; como envolver os pacientes na prestação de cuidados e na temática da segurança do paciente.

O relatório revelou que, o principal contribuinte para a prestação insegura é a rutura de sistemas complexos, que alguns chamaram de "acidentes organizacionais". Estas desagregações resultam de combinações de fatores originados em diferentes níveis do sistema e podem envolver falhas latentes ou ausência/falha de supervisão. Uma questão estrutural chave que afeta a segurança é o número inadequado de prestadores de cuidados de saúde qualificados. As pressões de produção associadas à falta de profissionais levam a que a prestação de cuidados não seja realizada da forma segura,

uma vez que, os profissionais, pela sua natureza humana, estão suscetíveis à fadiga e distração entre outros. O atendimento de um elevado número de doentes dificulta também a comunicação efetiva entre os vários profissionais de saúde. O relatório menciona outras questões estruturais importantes que podem afetar a segurança nas quais se incluem o nível de cultura organizacional relativa à segurança do paciente, existência de normas/procedimentos direcionados à prestação segura. Uma cultura “positiva” pode permitir ganhos nas práticas de segurança através de uma melhor comunicação, trabalho em equipa e partilha de conhecimento.

Atualmente existe pouca literatura que relacione a perceção dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente e as taxas de eventos adversos notificadas. O estudo exploratório de Mardon, *Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro, (2010)*, no artigo *Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events*, publicado em 2010, examinou as relações entre a AHRQ Inquérito Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente e as taxas de complicações hospitalares e eventos adversos aferido pelo AHRQ *Patient Safety Indicators*. São as perceções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso com o estilo e competência de uma organização de saúde na gestão da segurança. Para concretizar este conceito abstrato, a AHRQ patrocinou o desenvolvimento da Pesquisa Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente.

## **2.6 O que está a ser feito para a mudança**

Os Estados Unidos desde o início do século XX desencadearam esforços para melhorar a qualidade dos hospitais e faculdades de medicina, a partir dos trabalhos de Flexner & Codman, e do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) fundado em 1913. Durante o período entre 1916 e 1951, o CAC desempenhou uma função importante no programa de padronização dos hospitais. A criação em 1951 da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que em 1988 passou a denominar-se *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) com a finalidade de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde disponibilizados à população por meio da acreditação, foi um marco para o desenvolvimento da qualidade. Devido à complexidade do trabalho, passou a contar progressivamente com a colaboração de outras instituições como a Associação



Médica Americana e a Associação Americana de Hospitais, de profissionais e de representantes de utilizadores (Adami, 2000).

A JCAHO passou a direcionar sua atuação por meio de indicadores de desempenho ajustados à clínica e à gravidade do estado dos pacientes, monitorizando também o desempenho institucional. Mais recentemente assumiu um papel educativo com a publicação de documentos constituídos por normas, diretivas e recomendações.

No Canadá a implantação de medidas destinadas a assegurar a qualidade da assistência ocorreu de forma semelhante à dos Estados Unidos. Uma lei do Ministério da Saúde em 1983 determinou que todos os hospitais possuíssem programas destinados à garantia da qualidade (Adami, 2000).

Na Europa esse movimento surgiu por volta dos anos 70 tomando-o mais concretamente no final da década de 80, tendo por base os aspetos éticos e profissionais assim como a competitividade entre instituições (Adami, 2000).

Como podemos depreender no decorrer dos tempos, a necessidade de soluções para esta problemática introduz a aplicação de modelos e métodos de gestão de trabalho direcionados para a segurança do doente.

O modelo do queijo suíço (*Swiss Cheese Model*), que estuda a causalidade do acidente, é um modelo usado na análise e gestão do risco, pode ser aplicado em várias áreas entre as quais a prestação de cuidados de saúde, tem como princípio a melhoria da segurança. O modelo foi originalmente proposto por Dante Orlandella e James Reason da Universidade de Manchester e desde então obteve uma aceitação generalizada (Reason, 1990). Veio acrescentar uma nova abordagem à segurança do doente, centrada no todo – no sistema. Onde um erro ativo (Resultado: Incidente) é consequência de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo) – correspondente aos orifícios do queijo. Com este modelo os autores demonstraram a necessidade de tentar obstruir estas falhas e criar camadas sobrepostas o intuito de impedir o realinhamento, desta forma impede-se a concentração da atenção no incidente e convergir às causas-raiz (Reason, 1990). O sistema produz falhas quando um furo em cada fatia se alinha momentaneamente, permitindo (nas palavras de Reason) "uma trajetória de

oportunidade de acidente", de modo que um perigo passe através de buracos em todas as fatias, levando a uma falha.

A problemática do erro humano pode ser retratada em duas perspetivas do indivíduo e do sistema. A primeira abordagem fundamentada em atos hesitantes (erros e transgressões a nível dos processos) de profissionais de saúde. Esta considera tais práticas inseguras fruto de processos mentais irregulares, tais como a falta de atenção, esquecimento, falta de motivação, negligência e imprudência. Assim sendo, as medidas corretivas são direcionadas, essencialmente, à redução da variabilidade indesejada no comportamento humano (*Reason, 1990*).

Na perspetiva do sistema, segundo *Reason (1990)*, o argumento básico consiste em que os seres humanos são falíveis e os erros podem ocorrer, até, nas melhores organizações. Os erros são apontados como consequência e não causa, com origem no sistema e com menor incidência na natureza humana. Assim, as medidas corretivas devem ser fundamentadas no pressuposto de que embora não possamos modificar a condição humana, podemos alterar as condições de trabalho dos seres humanos. A ideia chave está na defesa do sistema, uma vez que, todas as tecnologias possuem barreiras e salvaguardas. Na presença de um evento adverso, a questão fundamental não é a identificação do profissional que errou, mas perceber como e porque as barreiras falharam.

O modelo conceitual de Avedis Donabedian fornece uma estrutura para analisar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. Segundo o modelo, a informação sobre a qualidade do atendimento pode ser obtida a partir de três categorias: "estrutura", "processo" e "resultados". Donabedian destaca o papel crítico da estrutura de cuidados de saúde, um pré-requisito para o processo e o resultado.

A estrutura inclui todos os fatores que afetam o contexto em que o cuidado é prestado, inclui as instalações físicas, equipamentos, recursos humanos, características organizacionais e a formação dos colaboradores. Estes controlam como, os prestadores e os pacientes atuam dentro do sistema de saúde sendo medidas da qualidade média dos cuidados dentro de uma instalação ou sistema. A estrutura pode ser fácil de observar e medir e pode ser a causa importante de problemas identificados no processo.

O Processo é a soma de todas as ações que compõem a saúde, geralmente estão incluídos o diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação do paciente, mas podem ser ampliados para contemplar ações tomadas pelos pacientes ou pelas suas famílias. Os processos podem ser ainda classificados como processos técnicos, como os cuidados são prestados, ou processos interpessoais, que abrangem a maneira como os cuidados são prestados. De acordo com Donabedian, a medição do processo é quase equivalente à medição da qualidade do atendimento porque o processo contém todos os atos de prestação de cuidados de saúde (Donabedian, 1980). Informações sobre o processo podem ser obtidas a partir de registos médicos, entrevistas com pacientes e profissionais. O resultado contém todos os efeitos dos cuidados de saúde nos doentes ou nas populações, incluindo alterações no estado de saúde, no comportamento ou no conhecimento, bem como na satisfação dos doentes e na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Os resultados são por vezes vistos como os indicadores mais importantes da qualidade, porque a melhoria do estado de saúde do paciente é o principal objetivo dos cuidados prestados. No entanto, medir com precisão os resultados que podem ser atribuídos exclusivamente aos cuidados de saúde é muito difícil. *Donabedian* afirma que na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver uma base científica para aferir a efetividade e a eficiência. Devemos equilibrar a assistência prestada tecnicamente e as relações interpessoais. Lembra ainda, que é importante avaliar a capacidade para identificar o que é mais efetivo e eficiente em termos de assistência à saúde, pois depende do conhecimento científico prévio, caso contrário os juízos sobre qualidade podem ser dúbios.

Outro aspeto considerado pelo autor, consiste em que devem ser criados sistemas inter-relacionados compostos por elementos mais e menos experientes, realização de atividades centralizadas ou não de reconhecimento de falhas e da realização de ações formativas de prevenção do risco e de promoção da qualidade. A organização deve adotar um sistema de informação que facilite a contínua monitorização do desempenho como um elemento de garantia da qualidade. Relata ainda, como imprescindível a participação ativa do doente, em conjunto com o prestador, na prestação do seu próprio cuidado. Todas as dimensões relacionadas com a qualidade são relevantes, todavia, a

prioridade é a avaliação dos métodos que garantem a qualidade e, esta deve ser conhecida, aceite e considerada imprescindível na atividade profissional. A capacitação profissional e o apoio institucional podem ser utilizados como fatores de incentivo. Em 1985 considerou ainda, que existe uma Epidemiologia da Qualidade com sua tradicional tríade, envolvendo tempo, lugar e pessoas e que este modelo é aplicável para o estudo da melhoria da qualidade em saúde (Donabedian, 1990)

A abordagem do modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS) para a segurança do doente está suportada na subespecialidade de engenharia industrial de fatores humanos. A disciplina de fatores humanos, estuda as interações, entre as pessoas e o seu ambiente profissional. Estas contribuem para o desempenho, a segurança, a saúde, a qualidade da atividade profissional e os bens ou serviços produzidos. É importante descrever com exatidão essas interações entre indivíduos e o seu ambiente de forma concisa e coerente para identificar aspetos para melhoria ou intervenção. Este modelo de sistema de trabalho desenvolvido por *Carayon, Schoofs, Karsh, Gurses, Alvarado, Smith & Brennan*, (2006) diz-nos, que o desempenho das tarefas ocorre num determinado ambiente físico e sob condições organizacionais específicas. As cinco componentes do sistema de trabalho (indivíduo, tarefa, ferramenta, tecnologias, ambiente físico e condições organizacionais) interagem. Estes elementos geram diferentes resultados: desempenho, segurança, saúde e qualidade da vida profissional. A avaliação da segurança dos pacientes e a conceção de sistemas para prestação de cuidados seguros podem ser efetuadas através do modelo SEIPS que integra a estrutura-processo-resultado (SPO) de *Donabedian* e o modelo do sistema de trabalho. A estrutura de uma organização (sistema de trabalho) afeta a forma segura como o cuidado de saúde é fornecido (o processo). Os procedimentos utilizados na prestação do cuidado ao doente condicionam a segurança do paciente (resultado). No artigo "*Work system design for patient safety: the SEIPS model*", de *Carayon, et al.*, (2006) é sugerido que o modelo de sistema de trabalho aplicado à segurança do paciente complementa e expande a estrutura de *Donabedian*.

*Sainfort, Kuntz, Gregory, Butler, Brent, Kulasingam & Kane*, (2013) propuseram uma adaptação precoce do modelo do sistema de trabalho e do conceito de Saúde. Em geral, o sistema de trabalho no qual os cuidados são prestados afeta de igual modo o trabalho

e os processos clínicos, que por sua vez influenciam os resultados do paciente, do trabalhador e da organização. Mudanças em qualquer aspeto do sistema de trabalho, consoante a mudança ou melhoria é projetada e implementada (negativa ou positivamente), lesam o trabalho, os processos clínicos, pacientes, colaboradores e resultados organizacionais.

## **2.7 Formação em Segurança do Doente**

Os profissionais de saúde, e em particular aqueles que prestam cuidados de saúde ao doente adquirem a sua formação em segurança do doente na sua formação inicial consoante a área de formação. Quer isto dizer que a formação graduada de médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e outros é diferente devido às opções curriculares das diferentes formações e instituições de ensino.

Apesar do amplo reconhecimento de que a segurança dos pacientes diz respeito à equipa multidisciplinar que presta cuidados de saúde ao doente, a formação e a educação nesta área não são ministradas de forma sistemática e consistente no contexto da prestação de cuidados aos vários profissionais. A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde ao mesmo tempo em que reconhece o currículo integrado multiprofissional como princípio de ouro, tomou uma decisão pragmática de focar o seu guião curricular na formação de médicos nas escolas médicas (Slater, Lawton, Armitage, Bibby & Wright, 2012).

Numa tentativa de acolher as recomendações da WHO, a formação em enfermagem tem sido aquela que mais esforços efetuou para incluir nos seus currícula conteúdos programáticos respeitantes à segurança do doente. À semelhança do sucedido em algumas das formações dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, como é exemplo da Radiologia estes conteúdos estão plasmados em unidades curriculares, tais como Qualidade e Controlo da Qualidade e Proteção e Segurança das Radiações. Também têm surgido alguns cursos de especialização dirigidos a profissionais de saúde no formato de pós-graduação.

Embora existam alguns exemplos de capacitação e educação multiprofissionais para a segurança do paciente, isso ainda não é comum (Anderson, Cox & Thorpe, 2009). No Reino Unido a comissão parlamentar sobre segurança do paciente concluiu que "a

segurança do paciente tem que ser integralmente e explicitamente integrada nos currículos de educação e formação dos trabalhadores da saúde em geral", e recomendou especificamente a formação através das competências profissionais, argumentando que "...aqueles que trabalham juntos devem instruírem-se juntos" (*House of Commons Health Committee, 2009*).

Vários estudos publicados no *Journal of Continuing Education in the Health Professions* apresentam desenvolvimentos atuais e emergentes em Formação Contínua Interprofissional, que abrangem questões teóricas, pedagógicas e práticas. Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya & Reeves, (2009) no artigo, *Improving the Clarity of the Interprofessional Field: Implications for Research and Continuing Interprofessional Education*, refere que estavam a ser desenvolvidos currículos para habilitar os profissionais de saúde estagiários com conhecimento e habilidades relativas ao trabalho em equipa para promoção da melhoria dos cuidados de saúde prestados, com ênfase na segurança do doente.

Foram vários os Serviços nacionais de Saúde em que ao nível da prestação, foram criadas equipas multidisciplinares de cuidados primários para melhorar a colaboração interprofissional, melhorando desta forma o acesso aos cuidados e fornecer uma ampla gama de serviços de saúde (*Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 2008; Department of Health United Kingdom, 2007 ; Brasil, Ministério da Saúde, (2004); Australian Government, Department of Health, 2008*).

A nível regulamentar, as ordens profissionais desenvolveram conteúdos de competência profissional que incluem normas de prestação e comunicação. De acordo com Goldman *et al.*, (2009), as decisões políticas devem basear-se na evidência da efetividade dessas abordagens em relação a outras reformas organizacionais, a fim de justificar a aplicação de recursos.

Sargeant, (2009), na publicação "*Theories to Aid Understanding and Implementation of Interprofessional Education*", sugere que vários fatores contribuem para o crescente interesse pela educação interprofissional. A literatura de segurança do paciente relata que a maioria dos erros médicos são evitáveis e muitos podem ser evitados, aumentando a comunicação e a colaboração entre os profissionais de saúde. A

continuação das formas de educação profissional fragmentadas provavelmente não contribui para uma melhor colaboração e prática interprofissionais. Este autor propõe que a melhoria terá obrigatoriamente que sofrer uma transformação na forma de abordar, pensar e educar relativamente à segurança do doente. No seu estudo tem dois objetivos, no primeiro usar a teoria para explicar a racionalidade da educação interprofissional que necessita de uma nova perspetiva, e no segundo, propor comportamentos de orientação para o desenvolvimento e a implementação da formação contínua.

O objetivo de Van Hoof & Meehan, (2009), no artigo *“Integrating Essential Components of Quality Improvement into a New Paradigm for Continuing Education”* é reavivar o interesse em desenvolver um novo modelo de formação contínua, refletir sobre a temática da educação e melhoria da qualidade na prestação. O objetivo de qualquer atividade de formação contínua deve ser uma mudança ou resultado importante, cujo objetivo precisa ser mantido de forma explícita, através das etapas de planeamento e implementação.

Em 2013 o grupo de trabalho sobre Segurança e Qualidade do Cuidado de Pacientes (PSQCWG) tomou uma iniciativa para desenvolver algumas recomendações sobre educação e formação em segurança do doente. A decisão foi orientada pela baixa conformidade dos Estados Membros no cumprimento dos requisitos da Recomendação do Conselho Europeu 2009c/151/01, e pretendia promover, ao nível adequado, a educação e a formação dos profissionais de saúde sobre a segurança do doente, através de:

- a. *Encorajar a educação e a formação multidisciplinares em matéria de segurança dos doentes e formação de todos os profissionais de saúde, outros profissionais da saúde e pessoal administrativo e de gestão relevante nos serviços de saúde;*
- b. *Incorporar a segurança dos pacientes nos cursos de graduação e pós-graduação, formação no local de trabalho e o desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde;*
- c. *Considerar o desenvolvimento de competências essenciais em matéria de segurança dos doentes, nomeadamente os conhecimentos, as atitudes e as competências essenciais necessários para obter cuidados mais seguros, para divulgação a todos os profissionais da saúde e pessoal administrativo e administrativo relevante;*
- d. *Fornecer e divulgar informações a todos os profissionais de saúde sobre as normas de segurança dos doentes, as medidas de risco e de segurança existentes para reduzir ou prevenir erros e danos, incluindo as melhores práticas, e promover o seu envolvimento;*

- e. *Colaborar com organizações envolvidas na educação profissional em saúde para garantir que a segurança do paciente receba a devida atenção nos currículos do ensino superior e na educação e treinamento contínuos dos profissionais de saúde, incluindo o desenvolvimento das habilidades necessárias para gerenciar e Mudanças necessárias para melhorar a segurança do paciente através da mudança do sistema.*

O relatório “*Educational and training in patient safety across Europe Work and Education and Training in Patient Safety Subgroup of the patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission (PSQCWG)*” de 2014, pretende realizar o mapeamento das recentes atividades e exemplos de boas práticas relativamente à experiência europeia em educação e formação em segurança do doente. A educação para a segurança do doente centra-se na aquisição de conhecimentos, atitudes e competências para apoiar mudanças no comportamento de forma a proporcionar cuidados de saúde mais seguros. Os princípios de segurança do doente envolvem habilidades não técnicas, que não são específicas à disciplina e, portanto, relevantes para todos os profissionais de saúde, embora o conhecimento fornecido às vezes esteja vinculado à especialização de profissionais. Exemplos de temas educacionais sobre segurança do paciente são: relato incidentes, gestão de fatores humanos e transferência de informação entre profissionais de saúde e doentes (Jansma, 2011).

Um sistema eficaz de notificação depende do nível de conhecimento e da sensibilização dos profissionais de saúde perante situações de risco, do reconhecimento da importância do relato e aprendizagem com os incidentes e conhecimento do processo de notificação. A educação/formação é obrigatória para a concretização de um sistema de notificação ativo. A falibilidade humana traduzida nos fatores humanos é outro aspeto importante que os profissionais de saúde devem conhecer, mas que muitas vezes não faz parte dos conteúdos curriculares e de formação profissional contínua. Como já descrito, a aprendizagem de formas de comunicação com os doentes está incluída em alguns conteúdos curriculares, mas a comunicação entre os profissionais de saúde e as causas subjacentes do fracasso da comunicação e a insuficiente colaboração multidisciplinar ainda não fazem parte dos currículos regulares. O relatório (PSQCWG) considera que a colaboração multidisciplinar consiste em vários elementos e exige uma atenção específica na educação para a segurança do paciente (Jansma, 2011):

- *Trabalhar em equipa;*



- *Envolver os pacientes e os seus prestadores como parceiros ativos na equipa de cuidados e convidá-los a contribuir para cuidados seguros;*
- *Falar/comunicação;*
- *Discutir conflitos;*
- *Usar todas as qualidades /qualificação da equipa;*
- *Contribuir para a coordenação de tarefas e comunicação da equipa;*
- *Realizar liderança situacional ou permitir que outras pessoas o façam, independentemente da hierarquia;*
- *Usar todos os recursos da equipa e do ambiente (como informações, membros da equipe, paciente, dispositivos médicos e instalações de apoio) para trabalhar de forma segura e eficaz.*

Como referido no relatório, este não pretendia ser exaustivo na referência a todas as atividades de educação e formação sobre a segurança do doente europeias, inclui soluções práticas sobre como implementar as disposições da Recomendação do Conselho Europeu.

Além disso, o relatório inclui questões relacionadas com:

- a) *Recursos da organização necessários à execução da atividade de educação;*
- b) *Capacidades do corpo docente;*
- c) *Importância do foco nos estudantes como futuros profissionais de saúde;*
- d) *Importância da inclusão de capacitação para gestores e profissionais de saúde como oportunidades de aprendizagem contínua;*
- e) *Envolvimento do paciente (por exemplo, como usar a experiência do paciente ou histórias de pacientes como ferramentas educacionais);*
- f) *Comunicação entre grupos profissionais e entre profissionais e pacientes, valores como responsabilidade e compaixão.*

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu um guia sobre segurança do doente a ser integrado em currículos educacionais já existentes, que contém 11 tópicos para a educação em SD:

1. *O que é a segurança do paciente?*
2. *Porque a aplicação de fatores humanos é importante para a segurança do paciente.*
3. *Compreender os sistemas e o efeito da complexidade no atendimento ao paciente*
4. *Ser um jogador de equipa eficaz.*
5. *Aprendendo com os erros para evitar danos.*
6. *Compreensão e gestão do risco clínico.*
7. *Usando métodos de melhoria de qualidade para melhorar o cuidado.*
8. *Envolver-se com pacientes e cuidadores.*
9. *Prevenção e controle de infeções.*
10. *Segurança do paciente e procedimentos invasivos.*
11. *Melhorar a segurança da medicação*

É manifestamente insuficiente a evidência de informação relativa aos conteúdos curriculares sobre a segurança do doente ministrados aos profissionais durante a sua formação inicial, ou relativa à formação contínua em meio hospitalar.

Tregunno, Ginsburg, Clarke & Peter, 2013, no estudo *“Integrating patient safety into health professionals' curricula: a qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives”* devem ser realizados esforços para integrar nos currículos académicos dos profissionais de saúde a temática da segurança do doente. Há um reconhecimento crescente de que a velocidade de mudança curricular é muito lenta, para além da escassez de pesquisas que abordem perspetivas críticas dos docentes. Este estudo relata numa perspetiva de docentes universitários de faculdades de medicina, farmácia e escolas de enfermagem sobre fatores de influência na integração curricular e a preparação dos profissionais sobre a temática da segurança do doente. Neste estudo foram consultados vinte docentes (n = 6 faculdade de medicina de três universidades; n = 6 faculdade de farmácia de duas universidades; n = 8 quatro escolas de enfermagem) aos foi solicitada a descrição abrangente da perspetiva da faculdade. Os autores constataram que a inovação curricular sobre a segurança dos doentes depende dos interesses dos membros do corpo docente e dos requisitos regulamentares.

A renovação curricular é um processo essencial e contínuo de programas de formação em medicina. Embora haja ampla literatura sobre o papel crítico de liderança na mudança de currículo bem-sucedida, na opinião dos docentes das universidades as alterações não foram exploradas. Venance, LaDonna, & Watling, (2014) no estudo, *“Exploring frontline faculty perspectives after a curriculum change”*, tiveram como objetivo analisar e compreender as perceções dos membros do corpo docente e como estes enfrentam a mudança curricular, mas também explorar o seu envolvimento na mudança. No estudo foram entrevistados dezasseis membros do corpo docente nos anos pré-clínicos acerca das suas perspetivas sobre uma recente mudança curricular no programa de graduação em medicina numa única faculdade de medicina canadiana. O compromisso dos docentes universitários com a mudança curricular foi influenciado por três fases de tensão durante a mudança: (a) a tensão entre os valores individuais e institucionais; (b) a tensão entre os condutores de mudança e limitadores de mudança;

(c) a tensão entre os ganhos e perdas percebidos. Com os resultados obtidos os autores propuseram um modelo curricular conseguido com o envolvimento do corpo docente na mudança e que considera as experiências e motivações pessoais, dentro do contexto mais amplo da cultura institucional de faculdades de medicina. Importante,

Ilha, Radünz, Tourinho & Marinho, (2016) no artigo, “Segurança do Paciente na Percepção de Acadêmicos de Enfermagem”, apresenta o resultado de um estudo sobre a compreensão de alunos de enfermagem sobre segurança do doente aquando do contato com o ensino, realizado em 2014 na Universidade Federal do Sul do Brasil.

Este estudo identificou que os alunos têm um conhecimento sobre a cultura de segurança, relacionado com empirismo das suas vivências. Existe um deficit na sustentação teórica e relativamente à conexão racional das ações a realizar consideradas fundamentais para a prestação de um cuidado seguro, sendo, no entanto, o contato com a universidade facilitador do desenvolvimento dessas habilidades. Há necessidade, portanto, da formulação de novas metodologias que propiciem uma estratégia efetiva para o desenvolvimento da educação para segurança do doente no processo de formação do enfermeiro.

Silva, Terra, Dázio, Sanches & Resck, (2016), no artigo “Enfermeiros e a Segurança do Paciente na Práxis Hospitalar “, realizado num hospital central a sul de Minas Gerais, relata que os enfermeiros apresentaram várias definições sobre segurança do paciente:

*“Segurança do paciente é tudo aquilo que podemos fazer para evitar danos ao paciente (...).*

*É o principal objetivo da enfermagem: tratar com segurança; é o meu papel principal (...) envolve o indivíduo como um todo.”*

Algumas descrições demonstraram existir alguma confusão e/ou desconhecimento sobre segurança do doente:

*“Eu sou crua neste assunto, é uma coisa que a gente vê no dia a dia, mas mesmo assim (...). Para começar vindo trabalhar, chegando aqui no local de trabalho; é muito complexo, envolve tudo (...).”*

Bowman, Neeman & Sehgal (2013), no estudo “*Enculturation of Unsafe Attitudes and Behaviours: Student Perceptions of Safety Culture*”, com uma amostra total de 170 alunos do 4º ano de medicina da Universidade da Califórnia, estes responderam, por via

eletrónica, a uma versão modificada do *Agency Healthcare for Research and Quality on Patient Safety Culture* em 2011. As suas respostas ao questionário tiveram por base a experiência relativa ao estágio hospitalar do 3º ano curricular. De acordo com resultados obtidos, os domínios da segurança com valores mais elevados foram, “o trabalho em equipa no interior das unidades”, aprendizagem organizacional”, e a “supervisão direcionada à promoção da segurança do doente”. “A maioria dos estudantes (65%), concordaram ou concordaram fortemente, que os serviços clínicos estavam a trabalhar ativamente para a melhoria a segurança do paciente. Relativamente à supervisão, 70% das respostas apontam para uma supervisão clínica adequada dos estagiários. De acordo com a divulgação, 80% dos alunos refere que os erros médicos devem ser divulgados aos doentes. Mais de metade dos alunos (56%), responderam que não fariam quando presenciassem um evento que poderia afetar negativamente o atendimento ao doente. Uma percentagem similar (55%) relatou ter medo de fazer perguntas quando as coisas não pareciam corretas”.

Em geral, os alunos sentiram que uma formação adicional em segurança do doente aumentaria sua educação. Os estudantes estagiários constituem um subgrupo distinto de prestadores no sistema de saúde cada vez mais complexo, as suas perceções da cultura de segurança (CS) podem destacar áreas de oportunidades de melhoria. Ao avaliar as perceções dos alunos sobre CS destacou importantes observações das suas experiências clínicas, e ajudou a identificar áreas de desenvolvimento curricular para maximizar a SD. Considerou também que esta avaliação uma ferramenta útil tanto para os orientadores de estágios como para os responsáveis dos serviços clínicos na implementação de medidas de promoção da segurança na prestação dos cuidados. Pelo exposto anteriormente a formação contínua em serviço nas instituições de saúde hodiernamente desempenha um papel fundamental para as competências dos profissionais na área da segurança do doente. Para além de complementar algumas lacunas existentes na formação inicial, confere o dinamismo necessário e adequado à prática clínica quotidiana.

No estudo “Ensino da segurança do paciente na Graduação em saúde: Reflexões sobre saberes e fazeres”, realizado por Bohomol, Freitas & Cunha, (2016), teve como objetivo a análise de projetos pedagógicos de licenciaturas em enfermagem, farmácia,

fisioterapia e medicina da Universidade Federal de São Paulo, com o intuito de se quantificar os conteúdos relativos à segurança do doente. Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório que utilizou a estrategicamente a pesquisa documental.

Esta análise documental dos projetos pedagógicos permitiu a constatação que, que alguns temas são ensinados de forma fragmentada durante a atribuição do título acadêmico, valorizando-se os aspetos específicos para a formação pretendida. Outra constatação surge com o facto de serem áreas de ensino direcionadas com a saúde existem temas conteúdos transversais, como o trabalho em equipa, não havendo atenção específica para os conteúdos relativos a conceitos de segurança como o seu impacto na prevenção e minimização de erros e eventos adversos na prestação de cuidados. Ficou evidenciado que o ensino sobre a segurança, *per si*, não faz parte até à data dos programas e objetivos escolares.

O estudo denominado por *“Comprehension of undergraduate students in nursing and medicine on patient safety”* realizado por Yoshikawa, Sousa, Peterlini, Kusahara, Pedreira & Avelar, (2013), teve como objetivo identificar a compreensão dos alunos de formação em enfermagem e medicina de uma universidade pública sobre o erro humano e a segurança do paciente. Como metodologia foram investigadas variáveis relativas à caracterização sociodemográfica dos 109 alunos e aos aspetos relativos às atitudes e conceitos sobre o tema da segurança do doente (Yoshikawa, *et al.*, 2013).

Este estudo permite observar que a maioria dos alunos possui aptidões sobre a temática *“Segurança do Paciente”*, no entanto os estudantes apresentaram atitudes de incerteza no que seria correto em relação a algumas práticas.

Concluiu-se que os alunos demonstraram possuir capacidades em relacionar alguns dos aspetos sobre segurança do paciente com a experiência vivenciada nos estágios curriculares (Yoshikawa, *et al.*, 2013).

Outro estudo denominado por *“Towards promoting patient safety practices: Baseline assessment of patient safety culture in three private hospitals”* e realizado por Badr, Alfadallah & Jardali (2017), teve como objetivo avaliar a cultura de segurança do paciente em três unidades hospitalares privadas, com o objetivo de definir os aspetos as fraquezas os pontos fortes relativamente ao conceito de cultura de segurança do paciente e ainda de examinar os determinantes sociodemográficos da cultura de segurança do paciente.

Como metodologia foi utilizado um estudo com um total de 1193 prestadores de cuidados de saúde, cuja taxa de respostas obtidas atingiu 68.4%. Neste estudo aplicou-se um teste personalizado sobre a cultura de segurança do paciente, desenvolvido pela Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (Badr, *et al.*, 2017).

Dos resultados obtidos, constatou-se que, no que concerne à percepção geral dos conceitos de segurança do doente e em relação à frequência de registos informatizados dos eventos adversos, o valor médio obtido foi compreendido entre os valores de 3.4 e 5. De um modo percentual, cerca de 28.9% definiu os conhecimentos como “excelente” e 55.3% como “muito bom”, em relação à segurança do doente. Já no que diz respeito ao registo de eventos adversos, cerca de 31.4% afirmou ter registado 1 a 2 eventos nos últimos 12 meses e os restantes sem efetuar qualquer registo. Como conclusão, constatou-se que a aprendizagem contínua no decorrer da formação académica, um trabalho de equipa no interior da unidade hospitalar, a promoção de ações de formação acerca da segurança do doente e da prática segura constituíam os pontos-chave para a redução do risco (Badr, *et al.*, 2017).

Após a análise dos artigos selecionados, depreendemos que a temática da “Segurança do Paciente” é a base de todos eles, em que os profissionais de saúde são elo de ligação com o paciente. Assim sendo, os futuros profissionais recebem capacitação teórica e prática com o objetivo da aquisição das ferramentas necessárias para dar resposta às necessidades diárias da atividade profissional. Por último a inclusão e tentativa de unificação dos conteúdos curriculares sobre a temática “Segurança do Paciente” ainda são uma atividade recente nas várias áreas de lecionação nas Universidades.

Define-se segurança do doente à luz da literatura como a prestação do cuidado, pelos profissionais, com correção e segundo procedimentos devidamente validados ao doente certo na altura certa.

## ***Capítulo III***

---

**Saúde em Portugal**

---





## Capítulo III – Saúde em Portugal – Região do Algarve

---

### 3.1 Saúde em Portugal

Em Portugal a Direção-Geral de Saúde foi fundada por Decreto a 4 de outubro de 1899, com o nome de Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, em consequência da necessidade de combater um surto de peste bubónica que nesse ano assolou a cidade do Porto (Diário do Governo, 1900). O seu objetivo major concentrava-se em ampliar a salvaguarda em relação a futuras epidemias. João Ferraz de Macedo (1901-1907) médico e professor de Clínica Médica na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (1861), foi o primeiro Diretor-Geral de Saúde e de Beneficência Pública.

No ano de 1911, a reorganização dos Serviços de Saúde e Higiene em Portugal, estabeleceram a separação da saúde portuguesa face à beneficência pública, dando lugar à Direção-Geral de Saúde com o objetivo da resolução e do expediente dos serviços de saúde pública (Diário do Governo, 1911).

Na segunda metade do século XX, a Direção-Geral da Saúde, adquirindo outro estatuto e dimensão, passa a usufruir de maior elevação e reconhecimento, reunindo em si um papel de orientador, fiscalizador e disciplinador em matéria de saúde e higiene social.

Em 1971, com a relevante reforma dos Serviços de Saúde vertida no Decreto-Lei n.º 413 de 27 de setembro, nasce uma nova etapa na história da Saúde em Portugal. Elegem-se como prioridades a promoção da saúde e a prevenção da doença. Nesta reforma, distinguem-se Francisco Gonçalves e Arnaldo Sampaio (Ministério da Saúde e Assistência, 1971).

No quadro da Constituição da República, surge, em 1976, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), um serviço universal, geral e gratuito. António Arnault destaca-se como impulsionador da Lei que criou o SNS. O Estado Português assegura o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. Integram o Serviço Nacional de Saúde todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente; os agrupamentos de

centros de saúde; os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação; as unidades locais de saúde (Lei Orgânica do Ministério da Saúde aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro).

Em cada Região de Saúde nasceu uma Administração Regional de Saúde (ARS) criada pelo Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. As Administrações Regionais de Saúde têm personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. As ARS têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Atribuições são definidas pela Lei 48/90 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde.

Atualmente a visão da DGS incide na proteção e melhoria da saúde e bem-estar dos cidadãos, acautelando que, através da qualidade, da segurança e da redução de iniquidades em saúde, todos atinjam o seu potencial de saúde. Como missão “pretende regulamentar, direcionar e sistematizar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para adequada prestação de cuidados de saúde, planejar e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde” (DGS, 2017).

Os primórdios da avaliação da qualidade do SNS remontam à década de 80, tendo sido a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com outras entidades a promover a realização de vários seminários, inclusive luso-espanhóis, que se subordinavam à avaliação dos cuidados de saúde primários (Pisco & Biscaia 2001). Mais tarde no início da década de 90 a parceria entre a ENSP e a comunidade europeia possibilitou o início do Programa de Ação Concertada na Garantia da Qualidade em Hospitais (COMAC). A data, a Direção Geral de Saúde (DGS) também iniciou um programa de formação a nível nacional sobre a temática da qualidade.

Em 1993, foi criado o Sistema Português da Qualidade, entidade concebida para promover a qualidade nas diferentes áreas de atividade no domínio nacional, entidade substituta do Sistema Nacional da Gestão da Qualidade (Decreto-Lei nº234/93).

Em 1986, foi instituído o Instituto Português da Qualidade (IPQ), cuja criação pretendia conceber um organismo gestor e coordenador do Sistema Português da Qualidade. Este organismo assumia a responsabilidade da realização de atividades direcionadas à promoção e à dinamização da qualidade nas diversas áreas nas quais se inseria a saúde (Decreto-Lei nº183/86).

Foi emitida uma circular normativa em 1993, proveniente da DGS que determinava a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, com a função de desenvolverem e implementarem programas de garantia da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001).

Durante os anos seguintes foram promovidas várias iniciativas quer no âmbito da formação quer na avaliação da qualidade em saúde, nas quais se incluiu em 1998 a elaboração do documento “Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” (Ministério da Saúde, 1999).

O Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) era um órgão de consulta do Ministério da Saúde, no âmbito da política da qualidade, responsável pela elaboração de recomendações nacionais para o desenvolvimento do sistema da qualidade (Pisco & Biscaia, 2001).

O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) criado em 1999 pela Portaria n.º 288/99, de 27 de abril, para a definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Portaria 288/99), uma Comissão Nacional de Acreditação, uma Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os subsistemas do Medicamento e do Sangue (Presidência do Conselho de Ministros, Ministério das Finanças e da Saúde, 1999). O Programa Saúde XXI apelava à promoção da melhoria contínua, cooperação, responsabilização e participação de todas as entidades.

No final da década de 90 o IQS divulgou um modelo de autoavaliação da qualidade e de promoção da modernização e da excelência na gestão dos serviços de saúde. O modelo foi desenvolvido em parceria com a Associação Portuguesa para a Qualidade e influenciado pelo modelo de excelência da *European Foundation for Quality*

*Management* (EFQM), assente em princípios da gestão da qualidade total e da excelência organizacional.

O Instituto da Qualidade em Saúde foi extinto em 2006 através do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de outubro.

Em 2009 foi criado o Departamento da Qualidade em Saúde (DQS), pela Portaria nº 155/2009, de 16 de fevereiro, e integrado na DGS com cinco divisões: Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional; Divisão da Segurança do Doente; Divisão da Gestão Integrada da Doença e Inovação; Divisão da Mobilidade de Doentes; Divisão de Acreditação. (Ministério das Finanças e Administração Pública e da Saúde, 2009)

Ao DQS são entregues responsabilidades de coordenação de programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional e de promoção da segurança do doente; coordenação (...) dos doentes portugueses e estrangeiros; vigilância de doenças (...); definição e monitorização de indicadores para a avaliação do desempenho das unidades de saúde; monitorização e avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde; elaboração e divulgação de orientações e normas de boas práticas em saúde (Ministério da Saúde, 2012).

O DQS também participa em grupos de trabalho e em projetos nacionais e internacionais e como responsável máximo pela qualidade no sistema de saúde português assumiu as competências do IQS no planeamento e execução da política nacional para a qualidade em saúde.

O Plano de Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS), que entrou em vigor em 2009 pelo Despacho nº 14223/2009, de 24 de junho, com um horizonte temporal de dez anos, visa a promoção da excelência na prestação de cuidados de saúde, através da garantia da qualidade e da sua melhoria contínua, para benefício dos cidadãos utilizadores do sistema de saúde e satisfação dos seus profissionais (Despacho 14223/2009). A sua missão é “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade” e tem como prioridades estratégicas: Qualidade clínica e organizacional; Informação transparente ao cidadão; Segurança do doente; Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; Gestão integrada da doença e inovação; Gestão da mobilidade internacional de

doentes; Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS (Despacho 14223/2009).

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, ao garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, “estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde”.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 encontra-se aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio; o Despacho n.º 5739/2015, de 29 de maio, determina a divulgação trimestral de indicadores de qualidade das entidades do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2015a e 2015b).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 obriga ao reforço das seguintes ações no âmbito do sistema de saúde:

**Melhoria da qualidade clínica e organizacional:** Reduzir a variabilidade da prática clínica, (...) através de normas clínicas nacionais e da disseminação das boas práticas; Assegurar e verificar a qualidade das prescrições de tratamentos, medicamentos e meios complementares de diagnóstico; Aumentar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, (...) assegurando, quando necessário, a sua referência adequada, informada e atempada; Auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a que devem obedecer os serviços prestadores de cuidados de saúde; Alinhar os incentivos financeiros dos prestadores de cuidados, (...) com o cumprimento de indicadores de qualidade e segurança do doente; Identificar e disseminar boas práticas, (...); implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade; Promover a investigação clínica (...) melhoria da qualidade assistencial e institucional.

**Aumento da adesão a normas de orientação clínica:** Aumentar a clínica reflexiva, (...) realização sistemática de auditorias clínicas internas e avaliação dos resultados a nível nacional; verificar o grau de conformidade de aplicação das normas clínicas nacionais, através de auditorias externas efetuadas por pares.

**Reforço da segurança dos doentes:** Implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente; reforçar os mecanismos e melhorar as respostas ao relato de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde.

**Monitorização permanente da qualidade e segurança:** Avaliar a qualidade clínica e organizacional e da segurança dos doentes, através de painel de indicadores; criar sede de observação da qualidade e segurança dos cuidados prestados no Serviço Nacional de Saúde; Auscultar a opinião do cidadão sobre a qualidade e o sistema de saúde.

**Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde:** Auditar, certificar e propor a acreditação da qualidade da prestação dos cuidados de saúde primários, hospitalares, (...).

**Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação:** Divulgar informação comparável de desempenho (...); promover a educação e a literacia em saúde (...) cidadãos mais saudáveis e doentes mais participativos na tomada de decisão; promover uma cultura de uso adequado das reclamações (...) através da melhoria de um sistema nacional de avaliação de reclamações e de retorno informativo sobre as consequências da reclamação.

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, concebido pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (Ministério da Saúde, 2015c).

Acompanhando as recomendações do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, o Plano inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança agregados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes representa um instrumento de apoio a gestores e clínicos no emprego de boas práticas de segurança. As unidades prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar a implementação e supervisão das ações identificadas e o cumprimento dos calendários, validando a boa gestão dos recursos envolvidos. O Plano intenta melhorar a prestação de cuidados de saúde a todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. A segurança é considerada um dos elementos elementares da qualidade em saúde, permitindo ajuizar a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS.

*“O plano segurança do Doente 2015- 2020 pretende alcançar os seguintes objetivos estratégicos: a) Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; b) Aumentar a segurança da comunicação; c) Aumentar a segurança cirúrgica; d) Aumentar a segurança na utilização da medicação; e) Assegurar a identificação inequívoca dos doentes; f) Prevenir a ocorrência de quedas; g) Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; h) Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; i) Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos”( Despacho n.º 1400-A/2015).*

A implementação dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga, a que, as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde (ACES) inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

**Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno:** *Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais; Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários; Monitorizar a adesão das instituições; Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos; Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos; Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes.*

**Aumentar a Segurança da Comunicação:** *Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão; realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes; integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde; assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde; publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.*

**Aumentar a Segurança Cirúrgica:** *Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios; Registrar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior; Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa.*

**Assegurar a Identificação Inequívoca dos Doentes:** *Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar; Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem; Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem; Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos; Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológico:*

**Prevenir a Ocorrência de Quedas:** *Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas; implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas; auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.*

**Prevenir a Ocorrência de Úlceras de Pressão:** *Publicar Norma; implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão; auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.*

**Assegurar a Prática Sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes:** *Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@; analisar as causas dos incidentes; implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes; auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.*

*Prevenir e Controlar as infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos; reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.”*

A Campanha Nacional de Higiene das Mãos, o Programa Nacional “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, o desenvolvimento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) foram outros dos projetos implementados pelo Despacho nº 2902/2013 de 22 de fevereiro (Ministério da Saúde 2013c).

Em 31 de agosto de 2011, a DGS publicou a orientação no 30/2011, onde recomenda e incentiva a utilização da Lista de Verificação Cirúrgica de Segurança (LVCS) de forma sistemática em todos os procedimentos invasivos, incluindo procedimentos realizados sob anestesia local. A referida orientação recomenda também a nomeação de dois responsáveis pela SD, um médico e um enfermeiro, com experiência em Bloco Operatório (BO), que promovam e liderem internamente a aplicação da LVSC (DGS 2011). Mais recentemente, em fevereiro de 2013, a DGS emitiu uma norma (atualizada a 25 de junho de 2013), onde refere que a aplicação da LVSC é obrigatória em todos os BO do SNS e nas entidades por ele contratadas, sendo considerada um padrão mínimo de qualidade (Norma nº2/2013 DGS 2013a). Refere igualmente que o registo da LVSC e do APGAR cirúrgico deve ser feito nos sistemas de informação locais, com interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na PDS e que as entidades devem semestralmente enviar os dados do nível de implementação do programa (DGS, 2013). O Despacho nº 2905/2013 de 22 de fevereiro, determina que o diretor do bloco operatório é o responsável pelo programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” perante a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a DGS (Ministério da Saúde, 2013b). O mesmo despacho implementa a monitorização semestral do programa e define os indicadores processo e resultado que permitem conhecer a capacidade, o volume e o resultado dos serviços cirúrgicos.

Na tentativa de cumprir a Recomendação do Conselho da Europa de 9 de junho de 2009 (nº5), que apela a que os estados membros classifiquem e a quantifiquem a segurança dos doentes, Portugal aderiu à avaliação da cultura de segurança do doente (DGS, 2013). É disponibilizado aos profissionais de saúde e aos cidadãos, por parte da DGS, o Sistema



Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), publicado na orientação nº 25 de 2012 (DGS, 2012). Trata-se de um sistema de notificação não punitivo que garante o anonimato e a confidencialidade dos envolvidos. Este sistema permite realizar uma análise causal dos incidentes, bem como a definição de medidas corretivas. O SNNIEA é extinto pela norma nº15/2014 da DGS (DGS, 2014) e é concebido o novo sistema de notificação, denominado de “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes-NOTIFICA” esta norma estabelece também as orientações para as organizações relativas à notificação de incidentes.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, aprovada pelo Despacho Ministerial nº 14223/2009, estabeleceu, como uma das áreas de atuação da DGS através do DQS, a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde. Em maio de 2015, foi publicado o primeiro Relatório Técnico do DQS, no qual a DGS realizou uma avaliação macro para identificar a satisfação global dos utentes, relativamente à perceção da sua satisfação pelos cuidados de saúde prestados pelo sistema de saúde, quer no setor público, quer no setor privado (DGS, 2015).

Os resultados desta avaliação foram constituídos por uma amostra de 2.300 entrevistas realizadas junto da população residente em Portugal Continental entre 10 de fevereiro e 13 de março de 2015, em que a maioria dos inquiridos classifica a sua saúde como “boa”. A análise dos dados, permite identificar que cerca de 90.7% da população residente em Portugal considera ser “bem atendida” pelos profissionais de saúde, e que 74.0% considera que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido. Observando a experiência de quem recorreu aos serviços públicos de saúde (75.0%), verifica-se que 56.2% se deslocaram preferencialmente aos Cuidados de Saúde Primários (Centro de Saúde) e 18.8% aos Cuidados de Saúde Secundários ou Hospitalares (Hospital Público).

O tempo despendido com o médico satisfaz 87.4% dos inquiridos, valor sobreponível aos dados disponibilizados para outros países da OCDE, onde a média ronda os 87.1%, com a República Checa a atingir o valor mais elevado na escala (97.2%), (DGS, 2015c).

Cerca de 89.2% dos utentes considera que o médico lhes proporcionou uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas e 93.9% referem que as indicações dadas

foram claras e compreensíveis, valor acima da média registada no conjunto dos 14 países da OCDE. Cerca de 87.2% dos inquiridos considerou que o médico lhe permitiu participar nas decisões sobre os cuidados de saúde e os tratamentos (DGS, 2015c).

Relativamente à avaliação do acesso, o mesmo relatório refere que o tempo de espera para obter uma consulta de especialidade necessita de melhoria por parte de 42.2% inquiridos que, quando recorreram aos serviços públicos de saúde, esperaram mais de quatro semanas por essa consulta, o que não se verificou com que 39.1% dos inquiridos que a realizaram antes das quatro semanas.

Com o incremento dos custos relacionados com a saúde, a definição de políticas de saúde tornasse um desafio crescente, uma vez que estas visam a oferta de um valor acrescido. Em simultâneo, as preocupações com a prática de cuidados de saúde inseguros obrigaram a demandas de maior transparência e responsabilidade. Apesar disso, ainda há uma incerteza considerável sobre quais políticas mais adequadas à prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e que proporcionam uma experiência positiva para o doente, bem como quais estratégias de melhoria da qualidade que podem ajudar a prestar os melhores cuidados ao menor custo. No seguimento desta preocupação, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em maio de 2015 publicou o relatório, *“Reviews of Health Care Quality”*, do qual constam uma de uma série de publicações que analisam a qualidade dos cuidados de saúde em países selecionados da OCDE. A prestação de Portugal é considerada no relatório, e de acordo com este, apresenta uma impressionante série de iniciativas de monitorização e melhoria de qualidade. Apresenta uma arquitetura de qualidade robusta que, ao contrário de muitos países da OCDE, cobre quase todo o sistema de saúde. A gestão de dados varia desde estruturas específicas de informação, registos específicos de doenças e registos eletrónicos de doentes, que são ativamente utilizados em conjunto para impulsionar melhorias de qualidade no sistema de saúde português (SSP). Os Cuidados Integrados, desenvolvidos no contexto do envelhecimento da população e em resposta à crescente prevalência de doenças crónicas, são outra parte impressionante da arquitetura de governança de qualidade de Portugal. Os Cuidados Integrados requerem uma coordenação efetiva entre as direções médicas e de enfermagem dos serviços hospitalares, bem como cuidados de saúde primários e

cuidados de longa duração. Há oportunidades para obter ganhos de qualidade adicionais. Mais poderia ser feito para fortalecer o papel do paciente na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, e recolher e divulgar publicamente o feedback do paciente. Outras áreas, incluindo educação médica contínua e desenvolvimento, além de apoiar a adesão no processo de acreditação, também precisam ser ampliadas para garantir o alto desempenho dos profissionais de saúde nos próximos anos (OCDE, 2015).

O sistema de Cuidados Primários em Portugal funciona bem, com taxas de hospitalização evitáveis entre os melhores na OCDE para asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). As recentes reformas dos cuidados primários têm sido bem-sucedidas na melhoria da acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados, além de aumentar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos. A Reforma dos cuidados de saúde primários de 2007 levou ao estabelecimento da inovadora Unidade de Saúde da Família, com o objetivo de incentivar o trabalho mais multidisciplinar em equipa e alcançar uma maior coordenação entre os prestadores. Portugal também possui uma profundidade impressionante de informações disponíveis sobre cuidados primários, com recolha sistematizada de um grande número de indicadores ligados ao sistema de pagamento. A reflexão estratégica em torno do equilíbrio entre as unidades tradicionais de cuidados de saúde primários e as inovadoras unidades de saúde da família, é agora necessária para garantir que todos os acessos de alta qualidade possam ser acessíveis a toda a população portuguesa. Também são necessários esforços para garantir o uso ideal da força de trabalho nos cuidados primários, explorar plenamente os dados disponíveis em monitorização e melhoria de qualidade e garantir que os cuidados primários assumam a liderança na prevenção e tratamento de doenças crónicas (OCDE, 2015).

Portugal desencadeou significativos esforços para reorganizar seu setor hospitalar e melhorar a qualidade do atendimento hospitalar nos últimos anos. A racionalização do setor hospitalar começou no início da década de 1990 e é um processo contínuo caracterizado pela concentração de serviços em menos grupos hospitalares maiores e hospitais. A governança de qualidade também foi reforçada pela introdução de novos modelos de sistemas de gestão e pagamento, o desenvolvimento de padrões de qualidade e segurança e a extensão da infraestrutura de informação dos hospitais. Em

geral, esses esforços têm sido bem-sucedidos, tanto na melhoria da qualidade quanto no aumento da eficiência. Contudo, alguns desafios permanecem, particularmente, em torno da padronização de processos clínicos. Assegurar a adesão aos padrões acordados de cuidados e orientações clínicas, bem como aprofundar as ferramentas de melhoria da qualidade, como a acreditação, são prioridades. Há também oportunidade de transferir mais atenção para os hospitais para a comunidade e maximizar a contribuição da infraestrutura de informação hospitalar, fortalecendo o vínculo entre a qualidade e as receitas hospitalares e monitorizando o impacto da reforma hospitalar (OCDE, 2015).

Portugal realizou progressos sustentados na contenção de gastos, mantendo os esforços para melhorar continuamente a qualidade dos cuidados. Reformas em torno da aquisição e uso de produtos farmacêuticos e dispositivos médicos têm sido particularmente bem-sucedidas. Portugal também inovou amplamente ao usar os fundos públicos para ressarcir prestadores, baseando cada vez mais a remuneração na qualidade e eficiência dos cuidados prestados. A implementação destas iniciativas no sistema de saúde português não foi, no entanto, uniformemente bem-sucedida. Longos períodos médios de permanência após um ataque cardíaco, altos volumes de prescrição não genérica e inadequada e variação significativa na prática médica em todas as regiões são áreas específicas que ainda precisam ser abordadas em Portugal. Para avançar e atender aos duplos objetivos de aumentar a relação qualidade-benefício e melhorar a qualidade, será importante manter e seguir os modelos de desempenho em cuidados agudos e comunitários. Reformas estruturais adicionais para onde e como o cuidado é entregue também são necessárias, com ênfase na mudança na prestação dos hospitais para configurações de comunidade menos onerosas. Por último e talvez o mais importante, a próxima prioridade de Portugal será a concentração nos processos e áreas clínicas, bem como para o uso mais efetivo da força de trabalho em saúde em Portugal (OCDE, 2015).

A nível dos serviços, foram introduzidas uma gama igualmente extensa de iniciativas de qualidade nos últimos anos, que vão desde a padronização da prática clínica, uso adequado da tecnologia, receita médica eletrónica, informação clínica partilhada, e o estabelecimento de um modelo nacional de acreditação. Foram desenvolvidas ferramentas mais fortes para monitorizar a qualidade e os resultados dos cuidados

prestados, que inclui um projeto de avaliação de qualidade. Apesar destes avanços, subsistem vários desafios para melhorar a qualidade dos cuidados em Portugal apresentando o relatório algumas considerações tais como:

O sistema de saúde português está dependente do sector hospitalar. Embora a reorganização do sistema hospitalar seja um processo contínuo que implica especialização e concentração de meios, Portugal talvez pretenda expandir a capacidade a nível comunitário para proporcionar a reabilitação, cuidados pós-agudos e cuidados de emergência. Isso aliviaria a pressão no setor hospitalar, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir os gastos com a saúde; Apesar do forte empenho em atingir um atendimento integrado e coordenado o sistema de saúde português precisa evoluir para uma abordagem mais abrangente da prestação de cuidados de saúde, envolvendo uma maior colaboração entre prestadores de cuidados de saúde e outras entidades.

Muito embora Portugal, ter feito progressos no desenvolvimento dos cuidados primários, é necessário direcionar a estratégia para o equilíbrio entre as Unidades de Saúde Primárias tradicionais e as Unidades de Saúde Familiar.

Embora tenham sido implementados incentivos específicos relacionados com o desempenho relativo à melhoria da prática clínica contínua e consequente aumento da qualidade e eficiência das Unidades de Saúde familiar e no sistema hospitalar, o uso do ressarcimento baseado na qualidade poderia ser ampliado com o objetivo de cumprir metas de reformas, particularmente em relação à coordenação de atendimento e segurança do paciente.

O sistema de saúde português mostrou um compromisso de alto nível para melhorar continuamente a qualidade e manter um sistema público universal, apesar das dificuldades financeiras recentes. Um ambicioso programa de reformas estruturais e um conjunto bem-projetado de iniciativas de qualidade foram implementados para incrementar ganhos de qualidade e eficiência. Para Portugal, as próximas etapas serão, em grande parte, o alargamento, aprofundamento e padronização dos esforços de reforma já iniciados.

Em particular, Portugal de acordo com o *Reviews of Health Care Quality – Portugal* OCDE, 2015, deve considerar: “ 1 - Fortalecimento da gestão da qualidade no sistema de saúde português direcionando a focalização na qualidade dos cuidados, em especial as áreas identificadas como mais débeis, para garantir que cada prestação clínica incorpora em todos os aspetos as melhores práticas internacionais. As recomendações também consideram a sensibilização dos prestadores de cuidados para padrões de prestação mais elevados bem como para realização de atividades de melhoria contínua da qualidade. É referida também a importância da participação do doente, na prestação dos cuidados por forma a que através do seu *feedback* se melhore a prestação; 2 - Melhorar a prestação dos cuidados de saúde primários reforçando a prevenção; 3 - Melhorar a qualidade do atendimento hospitalar em Portugal pelo incentivo da adesão ao padrão de cuidados acordado e às orientações clínicas recomendadas”.

### **3.2 Unidades de Saúde da Região do Algarve**

A Região de Saúde do Algarve em Portugal é um território com singularidades específicas, marcada por dificuldades estruturais de desenvolvimento dos serviços de saúde, designadamente decorrente da sua distância aos grandes centros urbanos onde se concentram os hospitais especializados.

#### **3.2.1 Administração Regional de Saúde do Algarve**

“A Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve), I.P. é um instituto público, integrado na administração indireta do Estado, dotado de personalidade jurídica, de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tutelado pelo Ministério da Saúde, tendo como missão principal garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (ARS Algarve, Circular Interna nº 010/2015b).

O Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde está publicado na Circular Interna Normativa nº007/2015, de 2 julho, sendo posteriormente retificado pela Circular Interna Normativa Nº 010/2015, de 6 de agosto - Retificação ao Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARS, 2015<sup>a</sup>, 2015b).

A Portaria n.º 156/2012, dos Ministérios das Finanças e da Saúde Aprova os Estatutos da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., e revoga a Portaria n.º 653/2007, de 30 de maio que definia o anterior modelo de organização (Ministério da Saúde, 2012).

A ARS Algarve I.P., está geograficamente dividida em três agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de cada área geográfica, respetivamente. Foram criados pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro, que estabelece seu regime de organização e funcionamento. São serviços desconcentrados desta ARSALG, I.P., estando sujeitos ao seu poder de direção (Ministério da Saúde, 2008b e 2012b). Na ARS Algarve, I.P., existem três ACES, criados pela Portaria n.º 272/2009 de 18 de março (Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde, Portaria nº272/2009). Os Agrupamentos de Centros de Saúde da ARSA, I.P., apresentam regulamento interno próprio, sujeito a aprovação do Conselho Diretivo da ARS Algarve, I.P. (Circular Interna Normativa Nº 010/2015, de 6 de agosto - Retificação ao Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (quadro 3).

<b>ACES</b>	<b>Centros de Saúde</b>
Algarve I – Central	Albufeira Faro Loulé Olhão São Brás Alportel
Algarve II- Barlavento	Aljezur Lagoa Lagos Monchique Portimão Silves Vila do Bispo
Algarve III – Sotavento	Alcoutim Castro Marim Tavira Vila Real de Santo António

Quadro 3. ACES da ARSA;

Fonte: Circular Interna Normativa Nº 010/2015 de 6 de agosto.

O ACES I Agrupamento de Centros de Saúde do Central (ACES Central), com sede em Faro, tem como área de intervenção a correspondente aos concelhos de Albufeira, Faro, Loulé, Olhão e São Brás de Alportel (Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde, Portaria nº272/2009) (quadro 4).



ACES I – CENTRAL	
Centros Saúde	Extensões
Albufeira	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira II – Polo de Olhos de Água Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira II – Polo da Guia Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira II – Polo de Olhos de Água Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira II – Polo de Ferreira Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Albufeira II – Polo de Paderne Unidade de Cuidados de Saúde Familiar Albufeira Unidade de Cuidados na Comunidade Al-Buhera
Loulé	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I – Polo de Alte Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I-Polo do Ameixial Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I-Polo de Benafim Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I-Polo de Cortelha Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I- Polo de Monte Seco Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I- Polo de Querença Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I- Polo de Salir Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Loulé I- Polo de Tor Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Almancil Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Almancil - Polo de Boliqueime Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Quarteira (CS Loulé) Unidade de Saúde Familiar Loulé Unidade de Cuidados na Comunidade Gentes de Loulé
Faro	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Faro I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Faro II- Polo de Santa Bárbara de Nexe Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Faro II- Polo de Conceição Faro Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Faro II- Polo da Culatra Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Faro II- Polo da Bordeira Unidade de Saúde Familiar Ria Formosa Unidade de Saúde Familiar Ria Formosa – Polo do Montenegro Unidade de Saúde Familiar Al-Gharb Unidade de Saúde Familiar Farol Unidade de Cuidados na Comunidade Faro
Olhão	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olhão Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olhão-Polo de Pechão Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olhão-Polo da Fuseta Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olhão-Polo de Moncarapacho Unidade de Saúde Familiar Mirante Unidade de Saúde Familiar Âncora Unidade de Cuidados na Comunidade Olhar Mais Olhão
São Brás Alportel	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados São Brás de Alportel Unidade de Cuidados na Comunidade All-Portellus

Quadro 4. Centros de Saúde dos ACES Central;

Fonte: ARS Algarve

O ACES II Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento com sede em Portimão, tem como área de intervenção a correspondente aos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e Vila do Bispo (Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde, Portaria nº272/2009), (quadro 5).

<b>ACES II – Barlavento</b>	
<b>Centros Saúde</b>	<b>Extensões</b>
Aljezur	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aljezur Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aljezur- Polo do Rogil Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Aljezur- Polo de Odeceixe Unidade de Cuidados na Comunidade Infante – Polo Aljezur.
Lagoa	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II- Polo de Ferragudo Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II- Polo de Estômbar Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II- Polo de Porches Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II- Polo do Carvoeiro Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagoa II- Polo do Parchal
Lagos	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagos Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagos- Polo de Barão de São João Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagos- Polo de Barão de Bensafrim Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagos- Polo de Barão de Luz Lagos Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Lagos- Polo de Barão de Odiáxere Unidade de Saúde Familiar Descobrimientos Unidade de Cuidados na Comunidade Infante - Lagos
Monchique	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Monchique Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Monchique- Polo de Alferce Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Monchique- Polo de Marmeleite Unidade de Cuidados na Comunidade Dunas – Polo de Monchique
Portimão	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão II Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão III Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão II – Polo da Mexilhoeira Grande Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Portimão III - Polo do Alvor Unidade de Cuidados na Comunidade Dunas – Portimão
Silves	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves I Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves I- Polo de São Marcos da Serra Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves I- Polo de Pera Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves I- Polo de São Bartolomeu de Messines Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II- Polo de Alcantarilha Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II- Polo de Algoz Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II- Polo de Alcantarilha Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II- Polo de Armação Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Silves II- Polo de Tunes Unidade de Cuidados na Comunidade Rio Arade
Vila do Bispo	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo. Polo de Sagres Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo. Polo de Barão Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo. Polo do Burgau Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo. Polo de Barão de São Miguel Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Vila do Bispo. Polo de Budens Unidade de Cuidados na Comunidade Rio Infante – Polo de Vila do Bispo

Quadro 5. Centros de Saúde dos ACES Barlavento

Fonte: ARS Algarve

O ACES III, Agrupamento de Centros de Saúde do Sotavento com sede em Tavira, tem como área de intervenção a correspondente aos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Tavira e Vila Real de Santo António (Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde, Portaria nº272/2009), (quadro 6).

ACES III – Sotavento	
Centros Saúde	Extensões
Tavira	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mar Tavira – Polo de Tavira Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mar Tavira – Polo de Cachopo Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mar Tavira – Polo de Santo Estevão Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Mar – Polo da Luz Unidade de Saúde Familiar Balsa – Polo Santa Catarina da Fonte do Bispo Unidade de Saúde Familiar Balsa – Polo Cabanas/ Conceição Tavira Unidade de Cuidados Comunidade Talábriga
Vila Real S. António	Unidade de Saúde Familiar Levante (CS Vila Real de Santo António) Unidade de Saúde Familiar Levante – Polo de Monte Gordo (CS Vila Real de Santo António) Unidade de Saúde Familiar Esteva (CS Vila Real de Santo António) Unidade de Saúde Familiar Esteva – Polo Vila Nova de Cancela (CS Vila Real de Santo António) Unidade de Cuidados Comunidade Santo António de Arenilha – Polo de Vila Real de Santo António
Alcoutim	Unidade de cuidados de Saúde Personalizados Aleo - Alcoutim Unidade de cuidados de Saúde Personalizados Aleo - polo de Martinlongo
Castro Marim	Unidade de Saúde Familiar Baesuris Unidade de Saúde Familiar Baesuris - Polo Altura

Quadro 6. Centros de Saúde dos ACES Sotavento;  
 Fonte: ARS Algarve

De acordo com a Lei Orgânica das Administrações Regionais de Saúde, Decreto-Lei nº 22/2012 (Ministério da Saúde, 2012c), de 30 de janeiro, são entre outras atribuições das Administrações Regionais de Saúde IP:

- a) *Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;*
- b) *Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;*
- c) *Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respetiva execução a nível regional;*
- d) *Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;*
- e) *Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;*
- f) *Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projetos de investimento, das*

*instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afetação;*

- g) Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;*
- h) Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde.*

### **3.2.2 Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)**

O Hospital de Portimão data do século XVIII denominado inicialmente como Hospital de São Nicolau, a funcionar no Colégio dos Jesuítas (1660), gerido pela Santa Casa da Misericórdia. Em 1973 é inaugurado como Hospital Distrital de Portimão, em 1975 é nacionalizado e em 1999 entra em funcionamento como Hospital do Barlavento Algarvio, construído pelo Ministério da Saúde e transformado em sociedade anónima em 2002. Posteriormente, em 2004 é criado o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA) pelo Decreto Lei nº 214/2004, integrando a Unidade Hospitalar de Portimão e a Unidade Hospitalar de Lagos (Ministério da Saúde, 2004). Nova alteração ocorreu com a criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE pelo Decreto Lei nº93/2005 (Ministério da Saúde, 2005).

O Hospital de Faro, foi construído para substituir o antigo Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Esta unidade iniciou a sua atividade a 4 de dezembro de 1979, após publicação do quadro orgânico de pessoal pelo Decreto Lei nº 121/79 (Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, 1979).

Criado pelo Decreto-lei n.º 69/2013, de 17 de maio, o Centro Hospitalar do Algarve E.P.E. resulta da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos) Como missão *“O Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E., pretende caracterizar-se como um centro hospitalar central de referência no SNS e na região, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré e pós-graduada e contínua, sustentadas na permanente atualização do conhecimento científico e técnico dos seus profissionais. Caracterizar-se como garantia na segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região do Algarve e a sua área de influência”* (Ministério da Saúde, 2013c).

O Decreto Lei 101/2017, publicado em Diário da República nº162/2017, Série I de 23 de agosto, altera a denominação do Centro Hospitalar do Algarve para Centro Hospitalar Universitário do Algarve e procede à transferência de atribuições da ARS Algarve relativas ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (Ministério da Saúde, 2017).

Esta unidade hospitalar está organicamente distribuída em Serviços Clínicos Departamentalizados e Serviços Clínicos Não Departamentalizados de acordo com o (quadro 7).

<b>Serviços Clínicos CHUA</b>	
<b>Departamentalizados</b>	Cirurgia Emergência, Urgência e Cuidados. Intensivos Materno Infantil Medicina Psiquiatria e Saúde. Mental
<b>Não</b>	Anatomia Patológica Anestesiologia
<b>Departamentalizados</b>	Cuidados Paliativos e Convalescença Hospitalar Imuno-hemoterapia Medicina Física e Reabilitação Patologia Clínica Radiologia

Quadro 7. Estrutura Orgânica Serviços Clínicos CHUA;  
Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, (2017)

Para além de Serviços Clínicos o CHUA, conta com a colaboração de Serviços de Apoio que auxiliam a prestação de cuidados e fornecem apoio à gestão e logística geral (quadro 8).

### Serviços de Apoio CHUA

<b>Apoio na Prestação de Cuidados de Saúde</b>	Serviço de Dietética e Nutrição Serviço de Esterilização Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa Serviços Logísticos de Cirurgia (Blocos Operatórios) Serviço de Psicologia Serviço Social e do Cidadão Núcleo de Transportes
<b>Apoio na Gestão e Logística Geral</b>	Centro de Formação Investigação e Desenvolvimento Gabinete de Comunicação Serviço de Aprovisionamento Serviço de Contencioso e Apoio à Contratação Serviços Gerais e Ambiente Serviço de Gestão de Doentes Serviço de Gestão Documental Serviço de Gestão Financeira Serviço de Gestão do Sistema de Faturação Serviços Hoteleiros Serviço de informática Serviço de Instalações e Equipamentos Serviços de Jurídicos e Apoio Legal Serviço de Saúde Ocupacional Serviço de Codificação Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Quadro 8. Serviços de Apoio à prestação de cuidados de saúde, gestão e logística CHUA;  
Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017).

Também com importância relevante existem várias Comissões Técnicas que de acordo com a área de intervenção funcionam como órgão consultor e na elaboração de procedimentos (quadro 9).

### Comissões Técnicas CHUA

Comissão de Ética Comissão de Farmácia e Terapêutica Comissão da Qualidade e Segurança do Doente Comissão de Prevenção e Controlo da Infecção e da Resistência aos Antimicrobianos Comissão Técnica de Certificação de interrupção Voluntária da Gravidez Comissão para Aleitamento Materno Comissão de Coordenação Oncológica Equipa de gestão de altas Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
--

Quadro 9. Comissões Técnicas CHUA;4  
Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, (2017).

De acordo com informação disponível o CHUA para cobrir todas as suas necessidades possui 4079 funcionários distribuídos pelas várias atividades quer de prestação de cuidados quer de gestão e logística (CHUA 2017) (quadro 10).

Grupo Profissional	Número
Assistentes Operacionais	1035
Assistentes Técnicos	494
Pessoal de Enfermagem	1464
Pessoal de Informática	22
Pessoal em Formação Pré-Carreira	222
Pessoal Médico	384
Pessoal Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica	278
Pessoal Técnico Superior de Saúde	64
Técnico Superior	90
Outros	26
<b>Total Geral</b>	<b>4079</b>

Quadro 10. Nº de funcionários do CHUA;

Fonte: Centro Hospitalar Universitário do Algarve, (2017).

Integrado no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) constitui-se como uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

É composto por três unidades hospitalares – Faro, Portimão e Lagos –, às quais se somam os Serviços de Urgência Básica do Algarve, caracterizando-se como uma unidade hospitalar de referência no SNS, responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve, bem como pelo apoio à formação pré, pós-graduada e contínua na área da saúde.

Consolidado como unidade de excelência no sistema de saúde, dotado dos mais avançados recursos técnicos e terapêuticos, com competência, saber e experiência dos seus profissionais, o CHUA encontra-se vocacionado para garantir a equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde com uma lotação total com camas supletivas de 1025 camas (quadro 11).

Centro Hospitalar do Universitário Algarve		
Unidade Faro	Tipo de Camas	Nº de Camas
	Total	582
	Unidade de Convalescença	20
	Berçário	34
	Camas supletivas	30
	Total final	666
<b>Unidade de Portimão</b>	Total	288
	Unidade de paliativos	10
	Berçário	21
	Total final	319
<b>Unidade de Lagos</b>	Total	40

Quadro 11. Nº de camas do CHUA;

Fonte: Centro Hospitalar Universitário Algarve, (2017)

O Centro Hospitalar do Algarve caracteriza-se, nacional e internacionalmente, como uma das unidades hospitalares de referência no Serviço Nacional de Saúde. Em termos de

resposta assistencial, atribui-se-lhe a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve, garantindo a saúde de todos os que residem ou visitam a região.

Paralelamente, a unidade de saúde algarvia desenvolve um importante trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda, através de vários protocolos, com universidades e cursos nas áreas médicas, de enfermagem e das ciências da saúde.

### **3.3 Indicadores de Segurança do Doente nas Unidades de Saúde do Algarve**

No cumprimento da legislação em vigor (DGS e Ministério da Saúde), e consequente melhoria dos níveis de prestação das Unidades de Saúde da Região do Algarve no que concerne à segurança do doente estão a ser implementadas todas as normas e procedimentos.

#### **3.3.1 Indicadores de Segurança da Administração Regional de Saúde do Algarve**

De acordo com a Norma nº 003/2015 da DGS, atualizada em 06 de fevereiro de 2017 que respeita à Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários deve prever as seguintes disposições (DGS, 2017):

- 1) A avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários (ACSD - CSP) deve ser realizada nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), através de um questionário a preencher por todos os profissionais e colaboradores.
- 2) Os dirigentes do ACES, através das comissões da qualidade e segurança ( Despacho nº 3635/2013), são responsáveis pela promoção da avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários (Ministério da Saúde, 2013d).
- 3) A DGS disponibiliza, através do Departamento da Qualidade na Saúde, ao presidente da comissão da qualidade e segurança, acessos para a inscrição e questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.
- 4) A avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários, sendo um processo contínuo, deve contemplar as seguintes fases: inscrição,



resposta ao questionário, análise e divulgação dos resultados, implementação de medidas de melhoria e monitorização das medidas implementadas.

- 5) As Administrações Regionais de Saúde (ARS) devem acompanhar as fases do processo contínuo da avaliação da cultura de segurança nos ACES.

Relativamente aos cuidados de saúde primários o Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários é uma extensão do Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais e avalia as dimensões da cultura de segurança do doente nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários cujo relatório foi apresentado em 2017.

O referido relatório visou apresentar a análise e os resultados do estudo realizado em 54 Unidades de saúde em Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores, no ano de 2015, no âmbito da Norma nº 003/2015, de 11 de março, “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”.

O Questionário contém 52 itens que avaliam dez dimensões da cultura segurança do doente: 1. Trabalho em equipa (D1);2. Seguimento do doente (D2);3. Aprendizagem organizacional (D3);4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente (D4); 5. Formação e treino dos profissionais (D5);6. Apoio pela gestão de topo (D6);7. Comunicação acerca do erro (D7); 8. Abertura na comunicação (D8); 9. Processos administrativos e uniformização de procedimento (D9); 10. Pressão e ritmo do trabalho (D10).

Através do referido questionário os profissionais avaliam, ainda, a sua Unidade em cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde (centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade), bem como os sistemas e procedimentos clínicos que a sua Unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes (DGS, 2017).

A formalização da candidatura foi por inscrição através do preenchimento de uma ficha de inscrição on-line, sendo obrigatória a identificação do tipo de Unidade e quantificar o número de profissionais em funções na instituição, por categoria profissional.

Por via eletrónica, foram obtidos 4596 questionários preenchidos por profissionais de 54 Unidades, entre 5 de maio e 31 de julho de 2015. Das 54 unidades respondentes 48 pertencem aos ACES do Continente e 6 às Unidades de Saúde de Ilha (USI) da Região Autónoma dos Açores.

Os resultados foram sujeitos a um tratamento estatístico, nomeadamente ao teste de Alfa de *Cronbach* para analisar a consistência interna das variáveis, tendo-se obtido um resultado superior a 0.8, mais especificamente de 0.888, ou seja, os resultados apresentam uma consistência interna muito elevada.

Por último, importa referir que na análise estatística descritiva dos dados foi utilizado, como ferramenta, o programa informático Microsoft Excel 2013 e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.

De acordo com o mencionado relatório, a taxa de adesão nacional foi de 20%, com uma variação entre 1.9% e 74.5%, tendo 34 unidades (63%) atingido uma taxa de adesão superior a 15%. A taxa de adesão do Continente foi de 20% e a da Região Autónoma dos Açores foi de 39%.

Das 54 instituições respondentes, 2 (4%) apresentaram uma taxa de adesão superior a 50%, 17 (31%) obtiveram taxas de adesão situadas entre os 26% e os 50% e 35 (65%) alcançaram uma taxa de adesão abaixo dos 25%.

Das 24 unidades que pertencem à Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), 15 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, com variação entre 18.5% e 35.2%, e 9 obtiveram uma taxa inferior a 15%. Relativamente à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), das 8 unidades respondentes 6 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, com variação entre 17.1% e 36.9%, sendo que 2 unidades obtiveram uma taxa inferior a 15%. A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) participou na resposta ao questionário com 11 unidades. Destas, 6 obtiveram taxa de adesão superior a 15%, tendo esta variado entre 17.4% e 50.6%, e as restantes 5 obtiveram taxa inferior a 15%. Quanto à Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSALE), das 2 unidades respondentes, 1 obteve uma taxa de adesão superior a 15%, de 27.9%.

Das 3 unidades que pertencem à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSALG), 1 obteve uma taxa de adesão superior a 15%, de 36.4%.

Relativamente à Região Autónoma dos Açores, das 6 unidades respondentes, 5 obtiveram uma taxa de adesão superior a 15% (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das Unidades por taxa de adesão (ARS).

Adaptado do relatório de Segurança do doente (Avaliação da Cultura de Segurança no Cuidados de Saúde Primários), 2017 DGS.

Região	Taxa de adesão > a 15%	Taxa de adesão < a 15%
<b>ARSN</b>	U7, U9, U10, U22, U22, U23, U25, U26, U27, U30, U36, U47, U48	U8, U12, U18, U21, U24, U28, U31, U35, U37
<b>ARSC</b>	U3, U4, U14, U15, U17, U40	U11, U16
<b>ARSLVT</b>	U32, U33, U34, U41, U44, U45	U5, U6, U42, U43, U46
<b>ARSALE</b>	U13	U1
<b>ARSALG</b>	U38	U2, U39
<b>RAA</b>	U49, U50, U51, U52, U54	U53

Verificou-se que 43% das Unidades que aderiram ao presente estudo são Unidades de Saúde Familiares (USF), seguidas das Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) com 33%; e 21% representam outro tipo de Unidade.

Considerando o número de profissionais que as Unidades identificaram na inscrição, o número de respostas previsto era 22 835, tendo sido submetidas 4 596 respostas completas, o que demonstra uma taxa de adesão global de 20%.

O grupo profissional com maior representatividade é o dos enfermeiros (40%), seguido do dos médicos com 31%, Assistentes Técnicos 17%, Técnicos Superiores 4%, Assistentes Operacionais 3%, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) 1%.

Ao nível da experiência no serviço/unidade, verificou-se que cerca de 80% dos profissionais desempenhava funções na Unidade há mais de 3 anos.

Relativamente às horas trabalhadas, 95% dos inquiridos indicaram que trabalham 35 ou mais horas por semana.

Segundo 76% dos respondentes existe trabalho de equipa, considerando 21% a existência de pressão e ritmo de trabalho.

Relativamente à comunicação 54% dos profissionais considera haver abertura na comunicação e 55% abertura na comunicação acerca do erro.

A aprendizagem organizacional é considerada positiva por 72% dos profissionais muito embora só 46% dos inquiridos considere a existência da formação e treino dos profissionais.

Quanto à perceção geral sobre a qualidade e a segurança do doente, 63% dos respondentes afirmam que são cometidos mis erro do que o devido, 72% afirmam que é só por acaso não se comentem mais erros que podem afetar os utentes, estando nos 69% os que consideram a quantidade de trabalho mais importante que a qualidade dos serviços.

Como recomendações este relatório, refere entre outros, que na ARS, os dirigentes das Unidades de Saúde e respetivas Comissões de Qualidade e Segurança devem evidenciar junto dos seus colaboradores, os ganhos em qualidade e segurança, promovendo a sua adesão. As unidades devem melhora a sua capacidade de resposta face às variadas necessidades dos utentes incluindo indicadores associados à cultura de segurança. Todos os profissionais devem ser envolvidos na formação em Segurança do Doente.

### **3.3.2 Indicadores de Segurança do Doente no Centro Hospitalar Universitário do Algarve**

A Norma nº 025/2013 de 24/12/13, obriga ao cumprimento das suas indicações por todos os hospitais. O questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses" deve ser aplicado, a partir de 2014, em todos os hospitais do Sistema de Saúde (DGS, 2013e). A inscrição dos hospitais realiza-se através do preenchimento e submissão de formulário eletrónico disponibilizado no sítio da DGS.

A Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (ACSD) é um processo contínuo e contempla as fases de inscrição, resposta ao questionário da avaliação da cultura de segurança, análise e divulgação dos resultados, implementação de medidas de melhoria e monitorização das medidas implementadas.

Os resultados dos questionários, divulgados pela DGS, de forma anónima, no relatório nacional, são disponibilizados a cada comissão da qualidade e segurança para que as medidas de melhoria interna sejam contempladas no plano de ação anual seguinte.

A repetição da aplicação do mencionado questionário deve ocorrer de 2 em 2 anos, os dirigentes dos hospitais do sistema de saúde, através das comissões da qualidade e segurança (Despacho nº 3635/2013), são responsáveis pela promoção da ACSD.

A ACSD destina-se a todos os profissionais e colaboradores de todas as unidades hospitalares do sistema de saúde.

O questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses", da *Agence for Healthcare Research and Quality*, foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*.

A criação do Centro Hospitalar do Algarve, no ano de 2013, implicou a fusão de duas unidades hospitalares (CHBA e HDF) com tradições diferentes relativas às questões da segurança do doente. As diferentes realidades são consequência de investimento díspar, quer a nível de capacitação dos profissionais quer da elaboração de procedimentos normativos e por último a definição de sistemas de notificação.

O CHBA, tem tradições importantes relativas ao cumprimento das orientações emanadas internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde, a nível nacional e pela Direção Geral de Saúde e a nível europeu pelo Comité de Saúde do Conselho Europeu (Nº24/CHBA, 2010a).

O CHBA, aderiu em 2004 ao projeto internacional de monitorização da sua performance em termos da qualidade da assistência aos doentes no ambulatório, no internamento, na urgência e bloco operatório (NH13/CHBA, 2010b).

Em janeiro de 2005 o protocolo tripartido realizado entre o CHBA, Instituto da Qualidade em Saúde e o *Centre of Performance Sciences* teve a duração de dois anos (NH13/CHBA, 2010b).

Entre 2005 e 2010, foram motorizados alguns indicadores considerados importantes entre os quais mortalidade peri operatória, quedas de doentes internados,

cancelamento de procedimentos ambulatoriais e tempo e permanência no serviço de urgência.

A garantia da segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares como para os gestores e profissionais que almejam a prestação de cuidados seguros, efetivos e eficazes (Nº24/CHBA, 2010a).

Em 2010, foi impulsionado o Programa Hospitalar de Segurança do Doente do CHBA (PHSDCHBA), com o objetivo de assegurar a segurança de todos os doentes que procurassem os seus cuidados e garantir as boas práticas profissionais e em simultâneo deu-se início ao Programa de Segurança do Doente (quadro 12).

<b>Documento</b>	<b>Codificação</b>
Política de Segurança do Doente do CHBA	Política Nº24/CHBA
Programa de Segurança do Doente Monitorização de Indicadores	NH13/CHBA

*Quadro 12. Documentos Relativos à Segurança do Doente do CHBA  
Fonte: Manual Hospitalar CHBA, (2010)*

Em 2011, foi definida uma equipa multidisciplinar cuja função residiu na elaboração de um Manual de Segurança do Doente (MSD) a implementar na instituição dando início ao Programa de Segurança do Doente. Este manual, compilou um conjunto de Normas de Procedimento (NP) e Normas Hospitalares (NH) relativamente às questões associadas e necessárias à prestação segura elaboradas de acordo com as orientações provindas das entidades acima referenciadas. Na continuidade da implementação do manual de segurança, foi realizada formação relativa às normas definidas, assim como foram criadas equipas multidisciplinares de auditores internos para acompanhamento e verificação do cumprimento dos procedimentos instituídos. Desde 2011 são realizadas auditorias semestrais a todos os procedimentos relativos à prestação segura.

O MSD elaborado em 2011, teve como objetivos, definir o Programa de Segurança do doente, monitorização da performance do CHBA em questões relativas à segurança e introdução de medidas corretivas aquando da necessidade. O Conselho de Administração aprovou e patrocinou a realização de todo o projeto, tendo atribuído a um Gestor da Qualidade (GQ) responsabilidades de apoio aos serviços hospitalares na implementação, monitorização de resultados e medidas corretivas. O GQ, assume

também a função de recolha, tratamento e análise de todos os dados relativos ao desempenho.

Em todos os serviços foi definido um interlocutor com o GQ, cuja função está associada à dinamização interna da temática da segurança do doente, desenvolvimento de atividades inerentes à recolha de dados e introdução das medidas corretivas. A cada serviço foi também solicitada a informação relativa aos indicadores não aplicáveis nos seus contextos.

De acordo com indicação do MSD: “todas as áreas/indicadores são suportadas por Normas Hospitalares e/ou Normas de Procedimento nas quais constam os respetivos instrumentos de recolha de dados; mensalmente são disponibilizados na Intranet os resultados globais do CHBA e individualmente de cada Serviço de forma a serem tomadas medidas corretivas; trimestralmente os resultados são apresentados em sessão pública no Auditório do CHBA e elaborado um relatório posteriormente disponível na Intranet”.

Os Indicadores de desempenho selecionados em 2011, vão ao encontro das diretrizes das entidades de referência, OMS e DGS (quadro 13).

### Indicadores de Desempenho

Infeções associadas a Dispositivos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

Utilização de dispositivos em UCI

Mortalidade no Internamento

Mortalidade neonatal

Mortalidade perioperatória

Reinternamento não programado

Reinternamento não programado à UCI

Regresso não programado ao Bloco Operatório

Imobilizações físicas

Úlceras de pressão no internamento

Regressos não programados ao Serviço de Urgência

Tempo de permanência no Serviço Emergência

Dentes que abandonam o Serviço Emergência

Erro medicamentoso

Identificação do Doente

Quedas em contexto hospitalar

Cirurgia Segura

Preparação pré-operatória da pele

Notificação de Eventos Adversos

*Quadro 13. Indicadores de Desempenho da Segurança do Doente*

*Fonte: Manual Segurança do Doente CHBA, (2011).*

Todas as áreas/indicadores são suportadas por Normas Hospitalares e/ou Normas Procedimento (quadro 14).

<b>Designação</b>	<b>Codificação</b>
Sistema de Notificação de Eventos Adversos	NH22/CHBA
Sistema de Prevenção e Monitorização de Quedas	NH23/CHBA
Sistema de Prevenção e Monitorização de Cirurgia Segura	NH24/CHBA
Sistema Monitorização da Identificação de Doentes	NH25/CHBA
Sistema Prevenção e Monitorização do Erro Medicamentoso	NH26/CHBA
Sistema de Monitorização de Imobilizações de Doentes	NH27/CHBA
Sistema de Prevenção e Monitorização de Úlceras de Pressão	NH28/CHBA

*Quadro 14. Normas de Hospitalares do Segurança do Doente*

*Fonte: Manual Segurança do Doente CHBA, (2011)*

As NH acima referenciadas no quadro 14 são suportadas por outros documentos associados cuja elaboração sustenta exequibilidade das mesmas (quadro 15).



Designação	Codificação
Administração terapêutica de dose unitária	NP1/XII/E
Cuidados de enfermagem na administração de terapêutica por via parentérica	NP3/XII/E
Notificação de incidentes, acidentes e quase acidentes com medicamentos	NP4/XII/E
Manutenção do cofre de estupefacientes	NP11/XII/E
Armazenamento e acondicionamento de medicamentos produtos inflamáveis	NP15/XII/E
Armazenamento e acondicionamento de material consumo clínico e esterilizado	NP16/XII/E
Terapêutica ao domicílio	Protocolo 96/CHBA
Eliminação de fármacos	Protocolo 111/CHBA
Preparação pré-operatória	NP1/VIII/E
Monitorização da preparação da pele no pré-operatório	NP2/VIII/E

Quadro 15. Documentos Associados ao Segurança do Doente

Fonte: Manual Segurança do Doente CHBA, (2011)

Foram posteriormente estabelecidos novos indicadores que ajudaram numa leitura específica no que respeita ao cumprimento dos normativos anteriormente definidos (quadro 16).

Indicador	
Taxa de Notificações de Eventos Adversos	% de Acidentes Notificados % de Incidentes Notificados % de Quase Acidentes Notificados
Taxa de Conformidade da Identificação de Doentes	Na Urgência Nos Exames Complementares de Diagnóstico Na Central de Colheitas No internamento
Taxa de Execução da Lista de Verificação Cirurgia Segura	
Taxa de Preenchimento da Lista de Verificação da Cirurgia Segura	
Taxa de cumprimento da Lista de Verificação Pré-Operatória	
Taxa de conformidade da preparação da pele pré-operatória	
Taxa de Quedas Documentadas	Quedas devido ao estado de saúde do doente Quedas devido à resposta ao tratamento, medicação e/ou anestesia Quedas devido a perigos ambientais Quedas devido a outras causas Quedas tendo como resultados lesões Quedas com classificação de gravidade 1 Quedas com classificação de gravidade 2 Quedas com classificação de gravidade 3 Quedas por hora/turno Quedas por serviço Quedas por local Quedas por idade Quedas por género
Taxa de conformidade da manutenção do carro de dose unitária	
Taxa de cumprimento de armazenamento e acondicionamento de medicamentos gerais	
Taxa de cumprimento de armazenamento e acondicionamento de medicamentos específicos	
Taxa de conformidade na manutenção e controlo do cofre de estupefacientes	
Taxa de conformidade na identificação de prolongamentos intravenosos em múltiplos perfusões contínuas	
Taxa de conformidade na legibilidade da rotulagem em perfusões aditivadas.	

Quadro 16. Novos Indicadores Programa de segurança do doente

Fonte: Manual Hospitalar CHBA, (2011).

O mito de que a segurança absoluta era facilmente alcançada foi substituído pela necessidade de investigar os eventos adversos para reduzir os erros a níveis aceitáveis, pelo que a temática desperta atualmente consideráveis interesse, investigação e análise pela complexidade e custos inerentes à sua ocorrência. Concorda-se que só com uma abordagem sistémica por parte de cada organização e a multidisciplinaridade, com a cooperação estreita de todos os intervenientes se obtêm resultados efetivos e sinérgicos, na identificação, redução e resolução de riscos gerais e potenciais (NH22/CHBA, 2011). O sistema de notificação de eventos adversos descrito na NH22/CHBA, pretendeu incluir alguns fatores críticos de sucesso subjacentes a qualquer sistema de notificação como o voluntariado, confidencialidade, anonimato e sem efeitos colaterais, existindo a certeza por parte dos profissionais que é isento de sanções disciplinares, civis, criminais e/ou punições. Para tal foi imperativa: “a sensibilização dos profissionais para o relato de situações suscetíveis de prováveis erros; Identificação dos vários cenários de eventos adversos, existentes na organização; Conhecimento das consequências dos eventos adversos ocorridos na organização para se reduzir a probabilidade de ocorrência.”

O objetivo deste Sistema de Notificação, está relacionado em primeiro lugar com o relato, e análise dos eventos adversos que ocorrem no CHBA e desenvolvimento das respetivas melhorias, e em segundo normalizar o procedimento de forma a garantir um registo centralizado de eventos adversos no CHBA. A notificação deve ser realizada imediatamente após a ocorrência de um evento adverso e feita por todos os profissionais através do preenchimento de impresso próprio do Centro Hospitalar.

### **Notificação**

Desde a sua implementação, que existe um registo de notificações que permitiu pelo tratamento estatístico das mesmas avaliar a tipologia da notificação dos profissionais da Instituição ao longo dos anos. Pretendemos neste estudo evidenciar a variação do nº de notificações ao longo dos 7 anos da implementação do sistema de notificação. Na fase inicial em 2011 podemos observar no gráfico 1 que o maior número de notificações está associado à área do medicamento (79-46%) e um menor número à utilização de equipamentos médicos (5-3%).

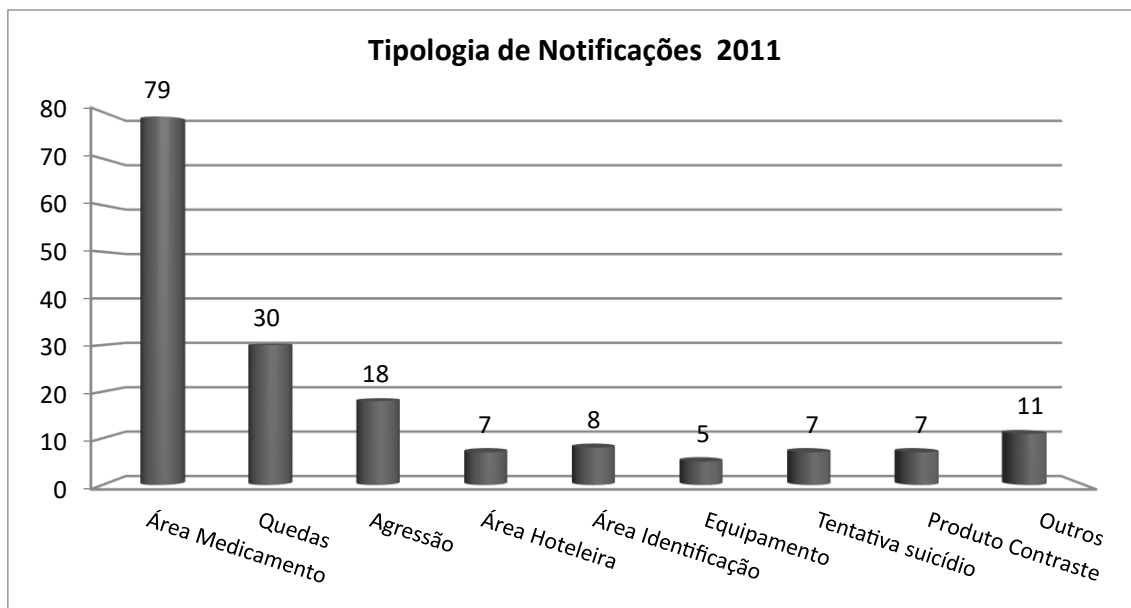


Gráfico 1. Tipologia das notificações dos eventos adversos ano de 2011 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHBA, (2011).

No que se refere às notificações em 2011 relativas à área do medicamento podemos ainda diferenciar em número os vários itens notificados, erro de reembalamento (25) notificação de seringas com medicamento (40) e com o nº de notificação mais baixo a rutura de stock (1) (gráfico 2).

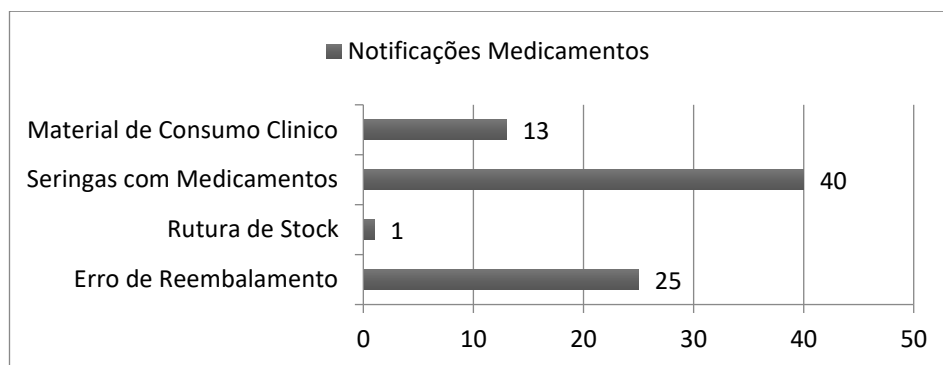


Gráfico 2. Tipologia das notificações medicamento ano de 2011 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHBA, (2011).

Foi também possível avaliar a distribuição das 172 notificações registadas, ao longo do ano de 2011, como se pode aferir existiu uma oscilação mensal no nº de notificações (gráfico 3).

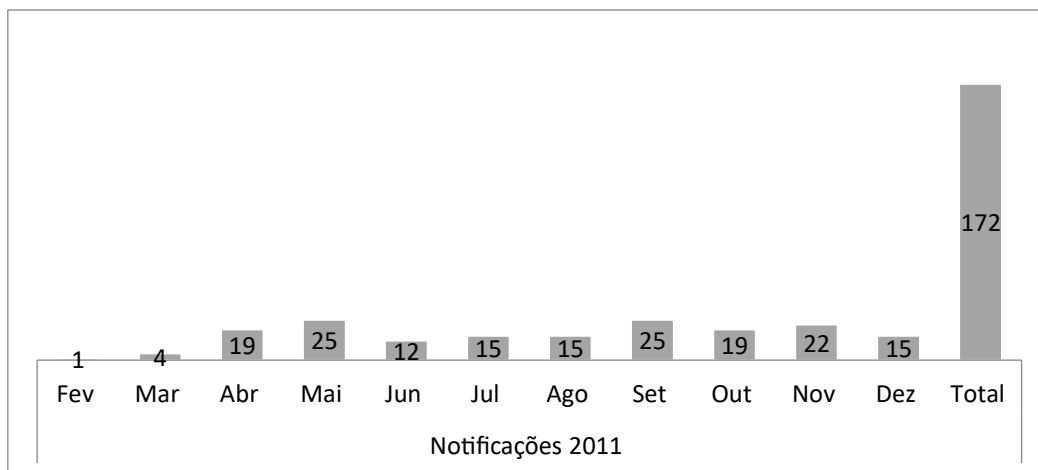


Gráfico 3. Nº de notificações Eventos Adversos 2011 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHBA, (2011).

Foi também de elevada importância a distribuição das notificações por serviço, tendo sido de entre os serviços em 2011, a Farmácia com o maior nº notificações (52), Especialidades Médicas (31) e a Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) (0) (gráfico 4).

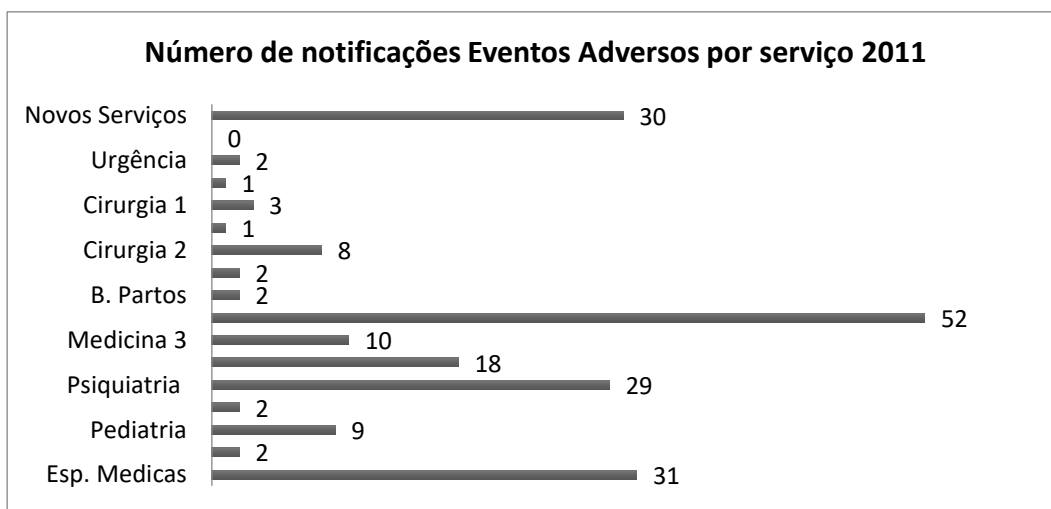


Gráfico 4. Nº de notificações Eventos Adversos por Serviço 2011 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHBA, (2011).

Com o sistema de notificação implementado e a ser utilizado, houve um incremento de notificações do ano de 2011 (176) para o ano 2012 (300) (gráfico 5).

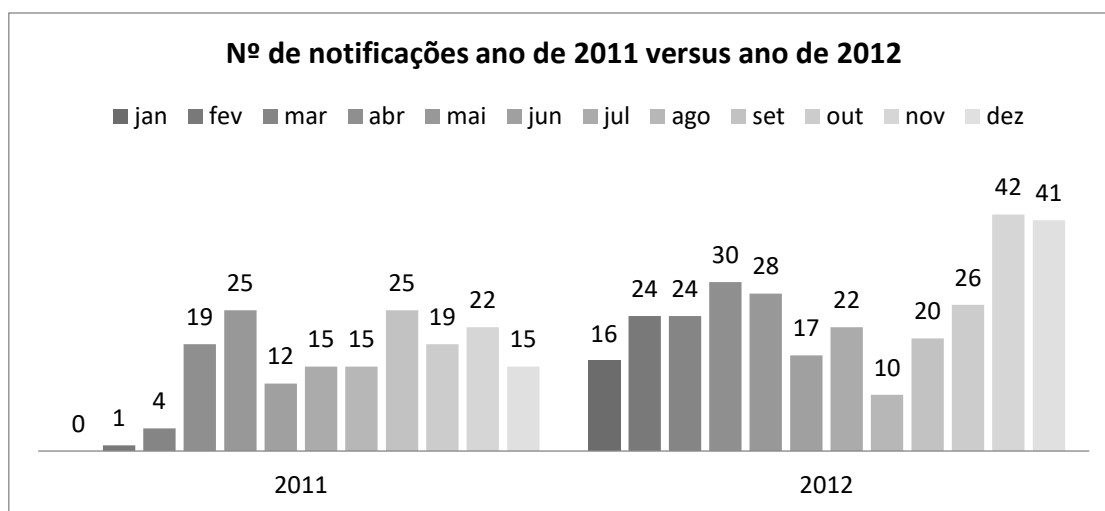


Gráfico 5. Nº de notificações ano de 2011 versus ano de 2012 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHBA, (2012).

De acordo com o gráfico 6, no ano de 2012 as notificações incidiram sobre várias ocorrências sendo nos procedimentos de diagnóstico terapêutica onde incidiu o maior nº de registos (105), utilização de dispositivos médicos/equipamentos (8) e outras diversas (76).

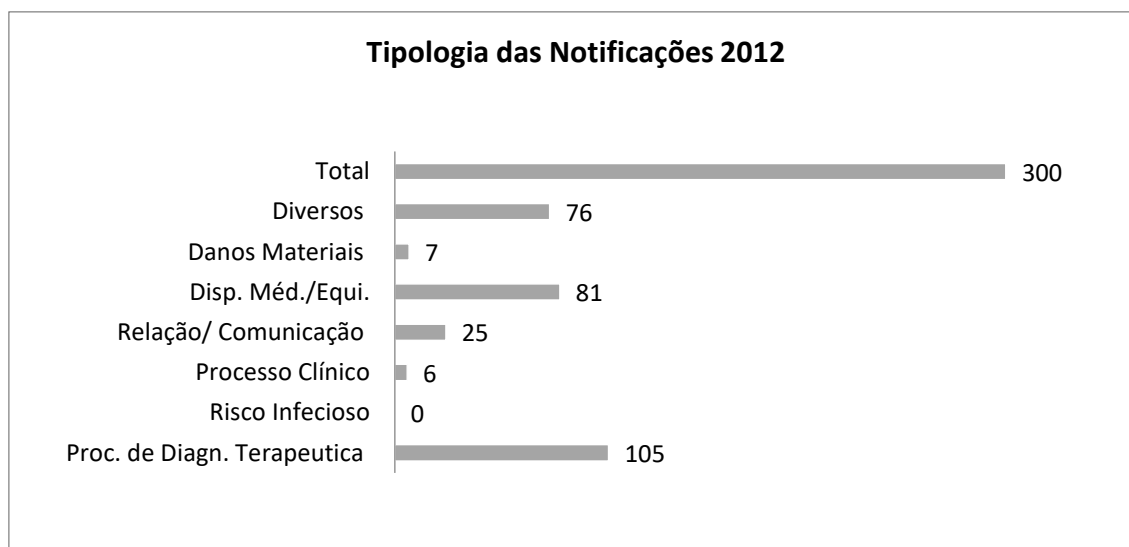


Gráfico 6. Tipologia das notificações ano de 2012 CHBA  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/ Lagos

Em 2013 ano da fusão das 3 Unidades Hospitalares do Algarve, e criação do Centro Hospitalar do Algarve, na Unidade de Portimão/Lagos manteve-se o Programa de Segurança do Doente estabelecido no ano de 2011. Foram elaboradas novas Normas Hospitalares para o Centro Hospitalar (quadro 17).

Designação	Codificação	Substitui
Sistema de Notificação de Eventos Adversos		NH22/CHBA
Sistema de Prevenção e Monitorização de Quedas		NH23/CHBA
Sistema de Prevenção e Monitorização de Cirurgia Segura		NH24/CHBA
Sistema Monitorização da Identificação de Doentes	NH2/CHA	NH25/CHBA
Sistema Prevenção e Monitorização do Erro Medicamentoso		NH26/CHBA
Auditoria Processo Clínico	NH31/CHA	
Programa de Segurança do Doente	NH2/CHA	NH13/CHBA

Quadro 17. Normas Hospitalares Segurança do doente Centro Hospitalar do Algarve

Fonte: Manual Hospitalar 2013.

Como se pode verificar no gráfico 7 o nº de notificações aumentou, facto que se prende com a sensibilização dos profissionais para a necessidade imperativa da notificação. Os profissionais estão cada vez mais sensibilizados para as práticas seguras e a realização de auditorias bianuais à segurança do doente, “obriga” à adoção de comportamentos mais assertivos e de acordo com o definido normativamente.

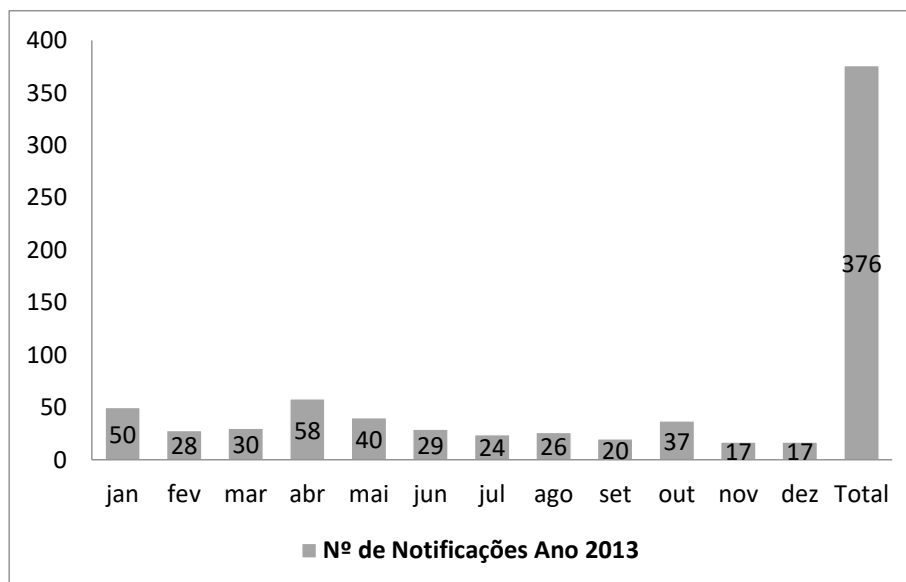


Gráfico 7. Nº de notificações ano de 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lagos

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/ Lagos

Como se pode constatar em 2013 o nº de notificações, acompanhou o aumento do nº de serviços notificadores, o Serviço de Psiquiatria foi o maior notificador efetuando 75 notificações, Especialidades Médicas (52), Medicina 3 (48). Os serviços de Ortopedia com 3 notificações, Bloco de Partos, Comissão Controlo Infeção (CCI) (2) foram os serviços com um menor nº de notificações (gráfico 8).

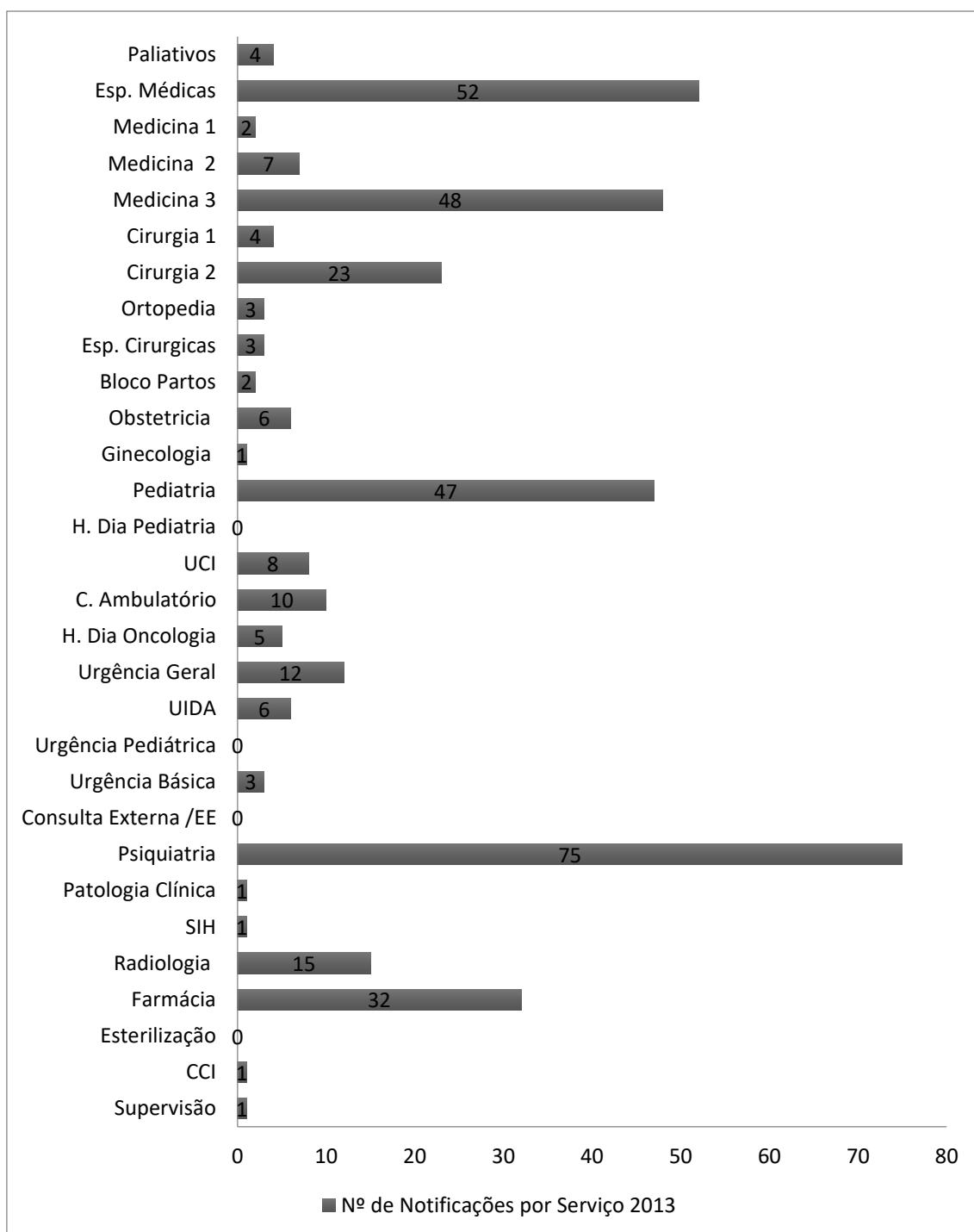


Gráfico 8. N.º de notificações por Serviço ano de 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lagos

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/ Lagos

Muito embora se tenha verificado um aumento do nº de notificações a tipologias dos eventos adversos não se alterou de forma significativa sendo de acordo com o gráfico 9, os eventos relacionados com a utilização de dispositivos médicos/equipamentos a apresentar um valor mais elevado (100) seguido dos eventos associados à realização de

exames de diagnóstico e terapêutica (96), mantendo-se o risco infeccioso com o valor mais baixo.

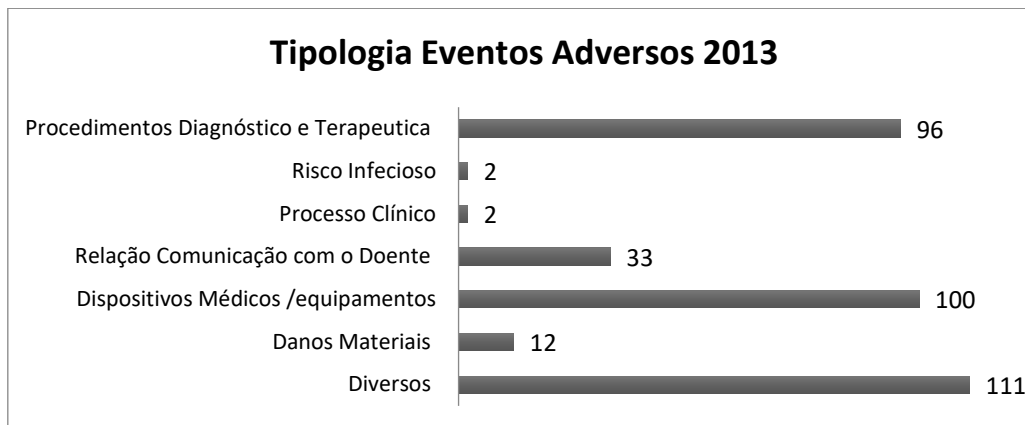


Gráfico 9. Tipologia das notificações 2013 CHA

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/Lagos

As divisões das notificações em 2013, pode ser realizada de acordo com a classificação de evento adverso, incidente ou quase incidente demonstrada no (gráfico 10).

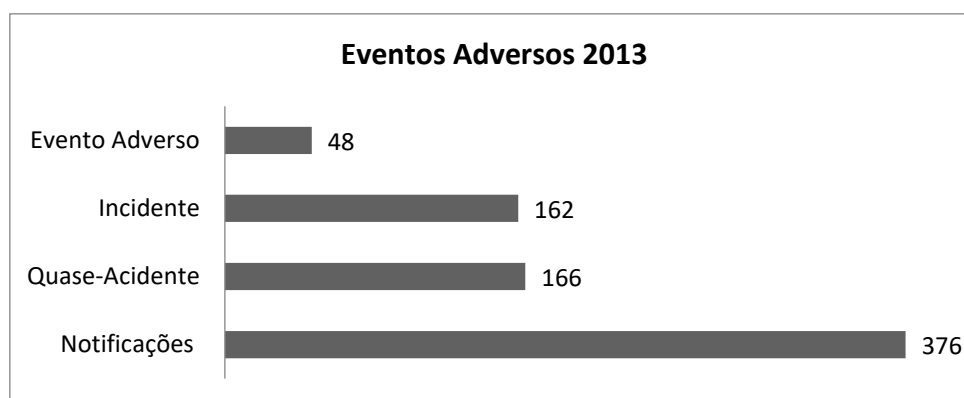


Gráfico 10. Classificação das Notificações 2013 CHA- Unidade de Portimão/Lago

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/Lagos

No ano de 2014 houve um decréscimo do nº de notificação de eventos adversos, um total de 232 distribuídas por vários serviços. Como no ano anterior o Serviço de Psiquiatria é o maior notificador (52) seguido do Serviço de Medicina 4C (25). Não havendo nenhuma notificação dos serviços de Paliativos, Urgência Básica, Consulta Externa/Exames Especiais e Hospital dia Pediatria (gráfico 11).



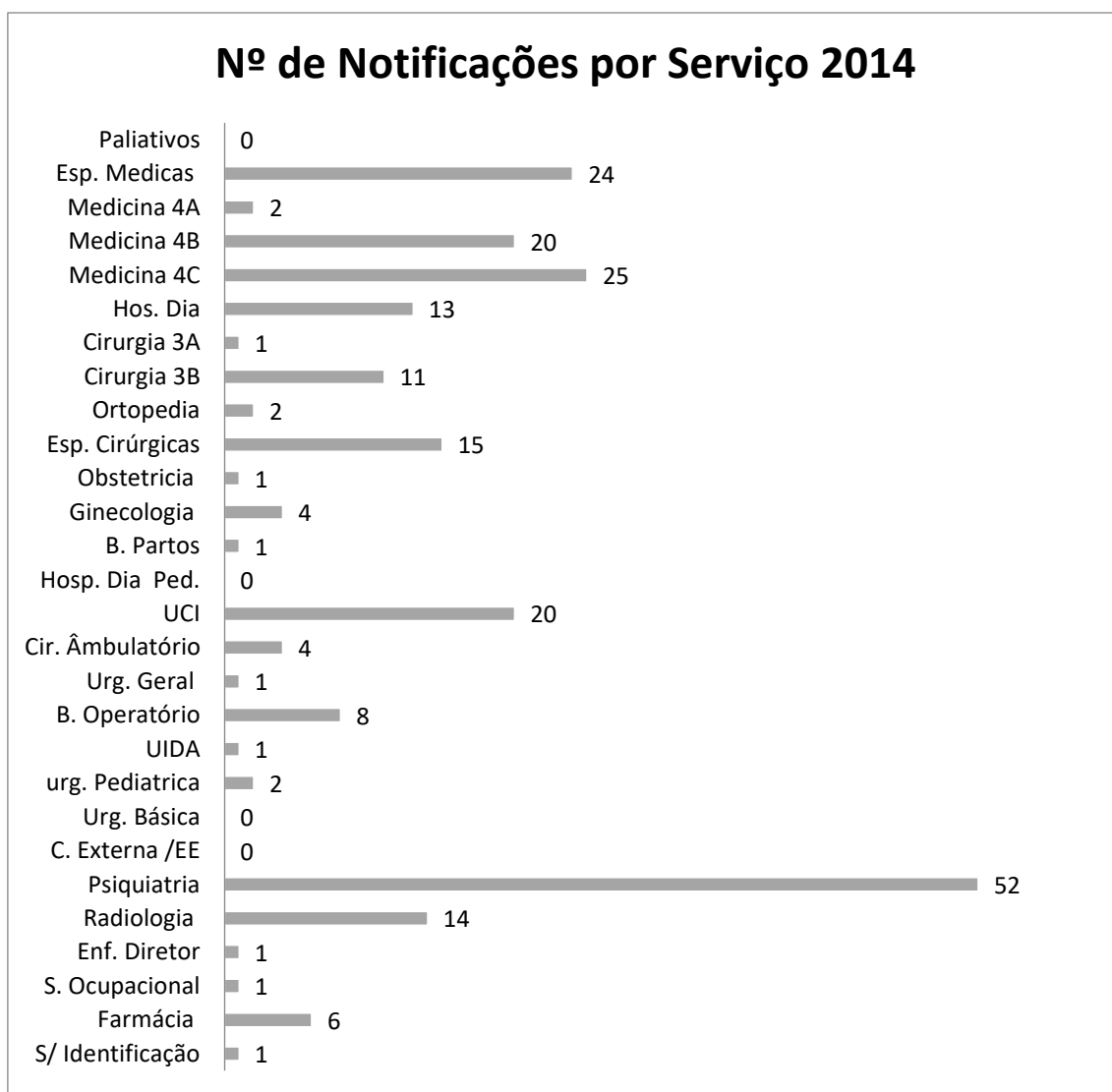


Gráfico 11. Nº de notificações por Serviço ano de 2014 CHA- Unidade de Portimão/Lagos  
 Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/ Lagos

Em comparação com o ano anterior em 2014 a tipologia dos eventos notificados alargou-se havendo já registos de quedas (27) e mantiveram-se os eventos relacionados com utilização de dispositivos médicos/equipamentos com o valor mais elevado (60). Aparecem também notificações relacionadas com a administração de medicação/ Fluidos IV (58) e gestão organizacional (3) (gráfico 12).

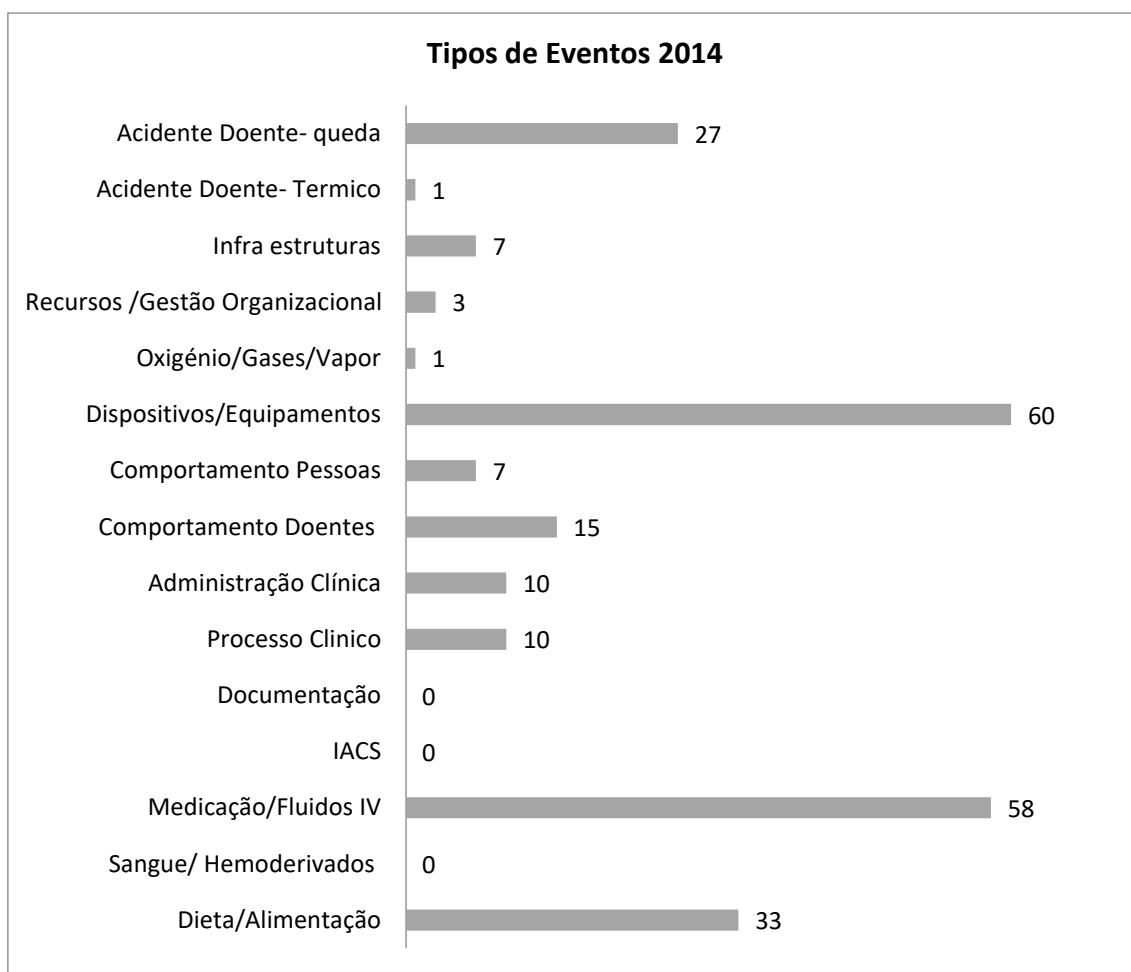


Gráfico 12. Tipologia das notificações 2014 CHA

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade de Portimão /Lagos

Efetuada a distinção entre evento adverso, incidente ou quase incidente as notificações de 2014, podem ser separadas da seguinte forma (gráfico 13).

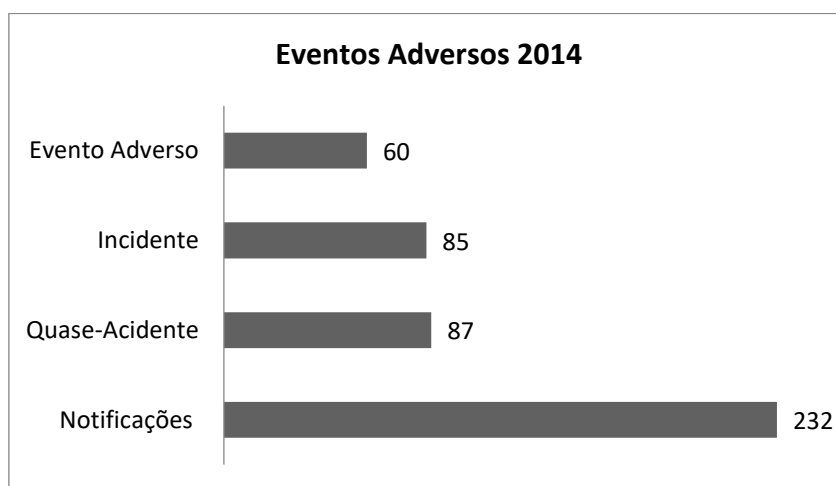


Gráfico 13. Classificação das Notificações 2014 CHA- Unidade de Portimão/Lagos

Fonte: Gabinete da Gestão do Risco Clínico CHA Unidade Portimão/ Lagos

Relativamente ao ano de 2015 os dados que nos foram fornecidos não têm qualquer tipo de tratamento estatístico sendo apenas conhecido o nº de notificações que foi na ordem das 158.

No ano de 2016, registaram-se 298 notificações, tendo sido o Serviço de Especialidades Médicas o que mais notificações realizou (97) ficando logo a seguir o Serviço de Psiquiatria (57) e sem notificações registadas os Serviços de Alimentação, Pediatria, Cuidados Paliativos e Urgência Pediátrica (Gráfico 14)

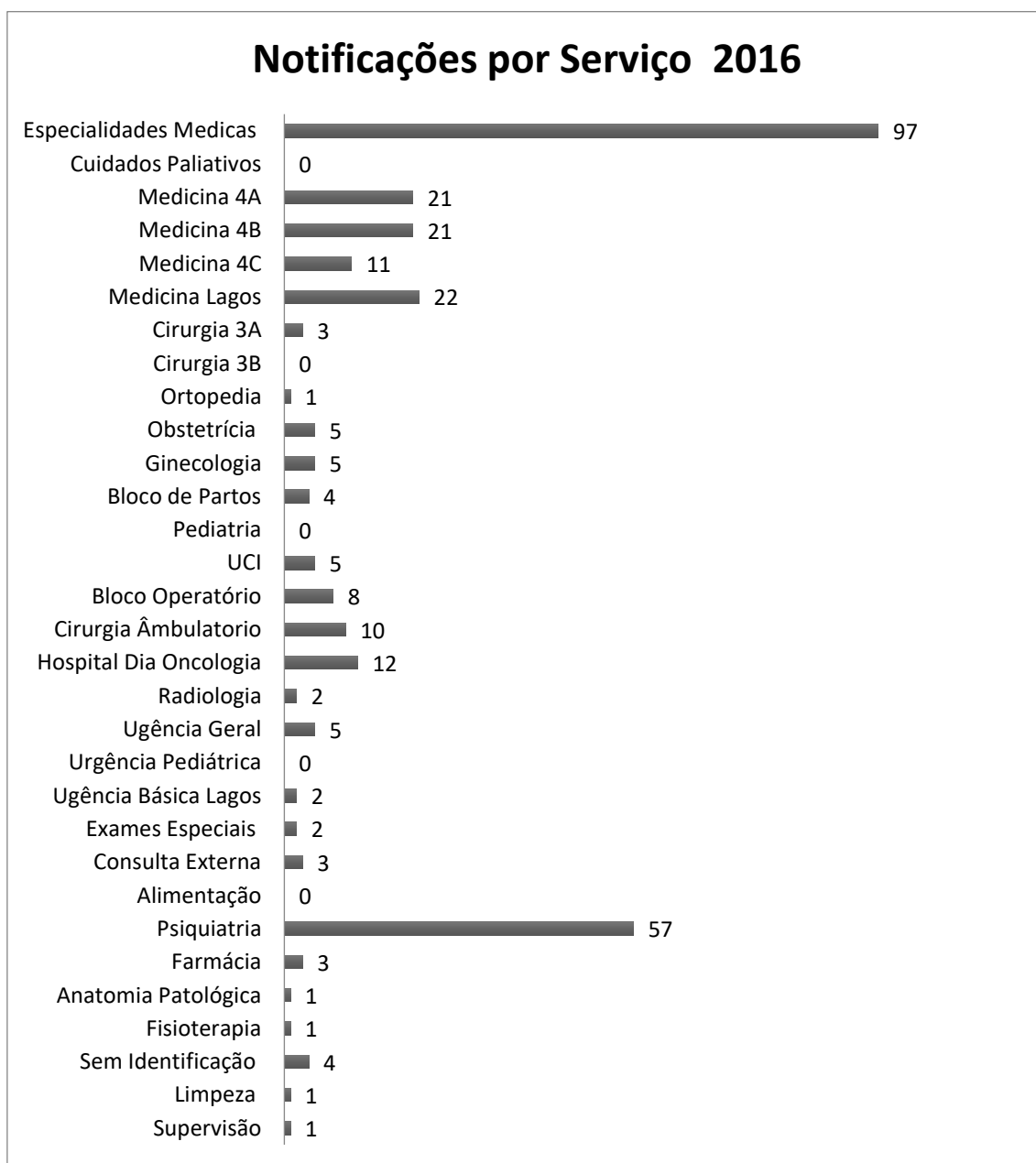


Gráfico 14. Notificações por Serviço 2016 CHA

Fonte: Gabinete da Gestão da Qualidade CHA Unidade de Portimão /Lagos

Foi também possível avaliar a distribuição das 298 notificações registadas, ao longo do ano de 2016, como se pode aferir existiu uma oscilação mensal no nº de notificações (Gráfico 15).

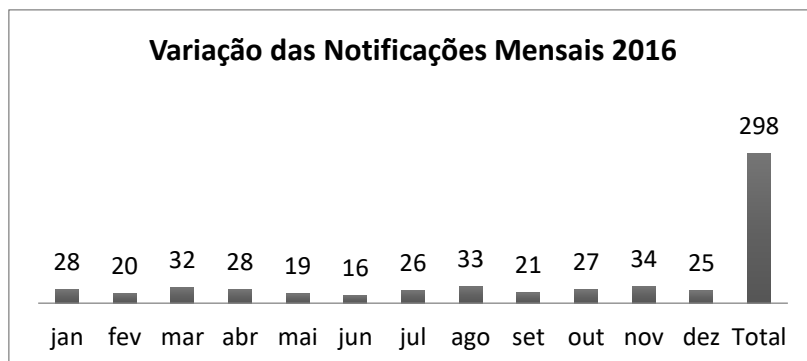


Gráfico 15. Variação Mensal Notificações 2016 CHA

Fonte: Gabinete da Gestão da Qualidade CHA Unidade de Portimão /Lagos

Em comparação com anos anteriores tipologia dos eventos notificados em 2016 foi semelhante mantendo-se os eventos relacionados com utilização de dispositivos médicos/equipamentos com um dos valores mais elevados (44) Notificações relacionadas com a dieta/alimentação com o valor mais elevado (49) (Gráfico 16).

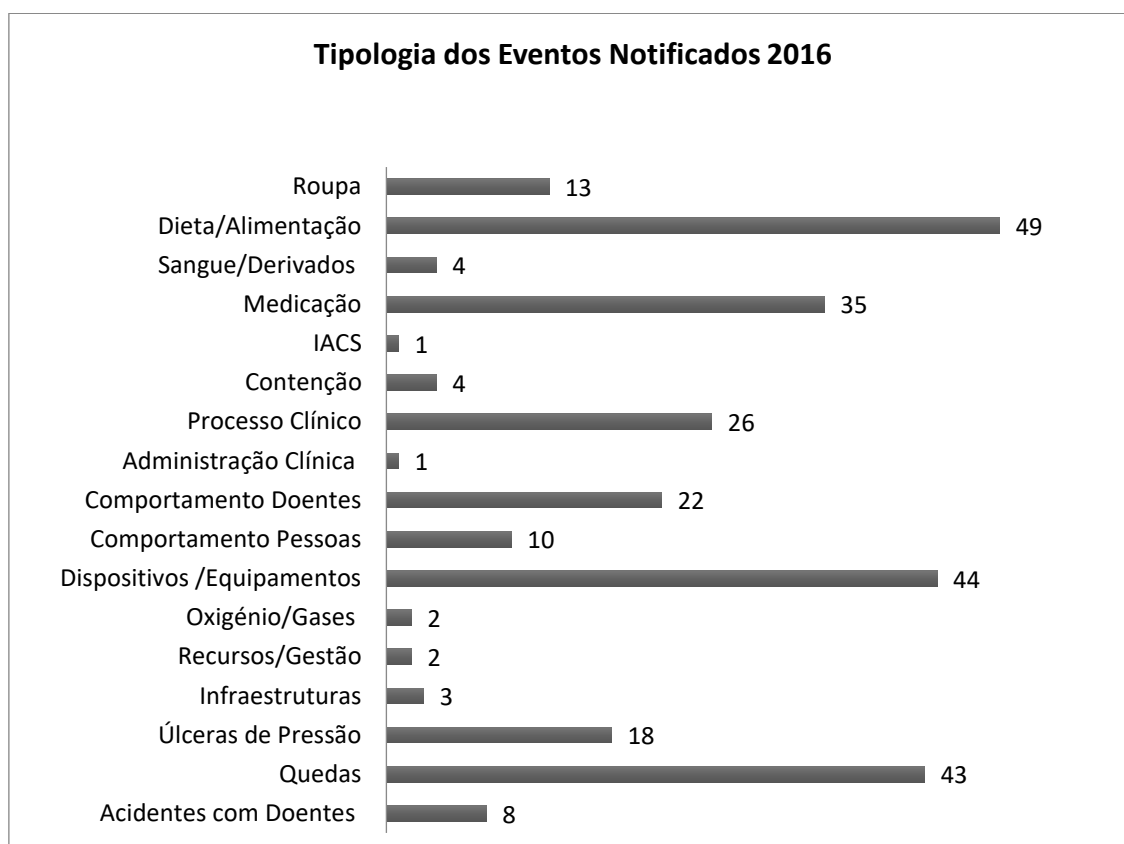


Gráfico 16. Tipologia das Notificações 2016 CHA

Fonte: Gabinete da Gestão da Qualidade CHA Unidade de Portimão /Lagos

Como podemos verificar ao longo de seis anos (2011/2017), verificou-se uma variação do nº de notificações anuais de eventos adversos (gráfico 17).

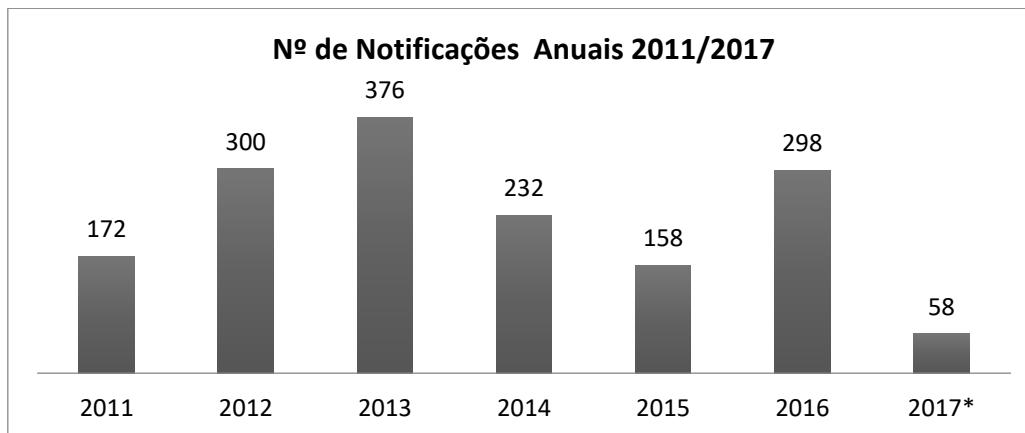


Gráfico 17. Nº de Notificações (2011/2017 1º Semestre) CHA

Fonte: Gabinete da Gestão da Qualidade CHA Unidade de Portimão /Lagos

Relativamente aos dados relativos ao nº notificações do ano de 2017 ainda só foi disponibilizado o 1º semestre onde foram contabilizadas sem qualquer tratamento estatístico 58 notificações.

### Notificação de Quedas

As quedas de doentes em ambiente hospitalar são comuns e uma causa significativa de morbilidade e aumento de custos com a saúde.

*“A queda pode ser definida como a mudança inesperada e não intencional de posição para um nível inferior ao inicial, ou ainda, como perda de equilíbrio postural relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Esta definição exclui a queda causada por força externa bruta ou crise convulsiva” NH/23/CHBA.*

A prevenção de quedas é por isso uma matéria relevante na gestão de cuidados de saúde aos doentes. Questões como o estado de saúde do doente, a medicação, os tratamentos, a anestesia, o ambiente físico e outros, podem causar quedas. Neste sentido e inserido *International Quality Indicator Project (IQIP)* criado em 1985, pela Associação dos Hospitais do Estado Norte Americano do *Maryland*, iniciou-se em 2005 no CHBA a monitorização deste Indicador permitindo as medidas nele integradas monitorizar as quedas avaliar o seu impacto na população de doentes.

Em 2011 a área da monitorização das quedas foi inserida no Programa de Segurança do Doente e operacionalizada pela norma NH/23/CHBA – Sistema de Prevenção e Monitorização de Quedas.

Pela análise do gráfico 18 pode ser verificado que a notificação de quedas quase que duplicou de 2010 para 2011.

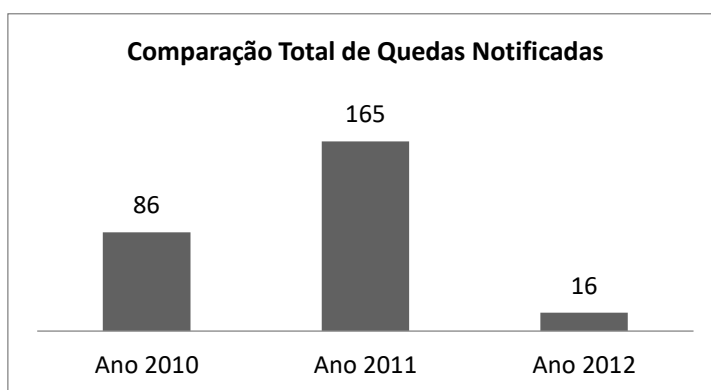


Gráfico 18. Comparação total de quedas notificadas 2010/2012 CHBA  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017)

Pela análise do gráfico seguinte podemos confirmar que o maior número de notificação de quedas foi nos meses de abril, outubro e dezembro (gráfico 19).

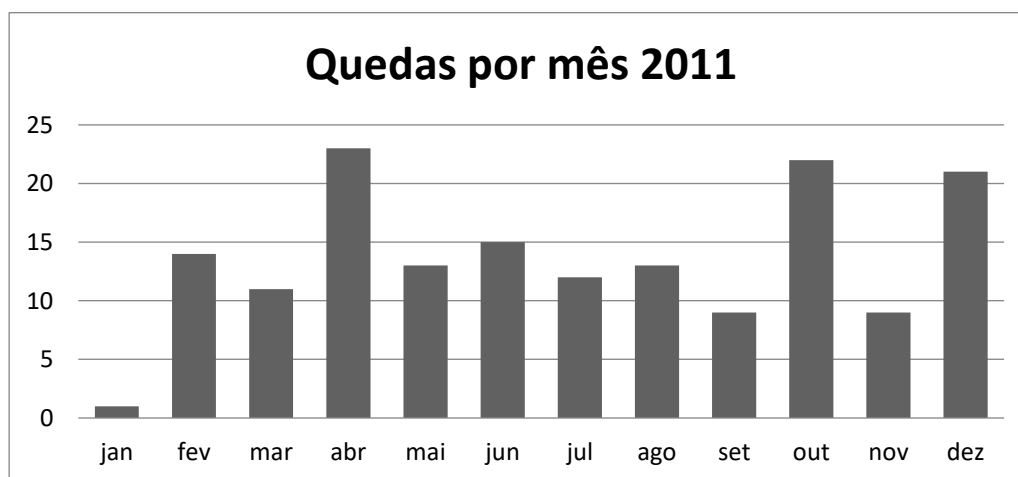


Gráfico 19. Quedas por mês 2011 CHBA  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017).

A distribuição das quedas por turno pode ser observada pelo gráfico 20, no qual constatamos que nos turnos da manhã e da noite ocorrem mais quedas.

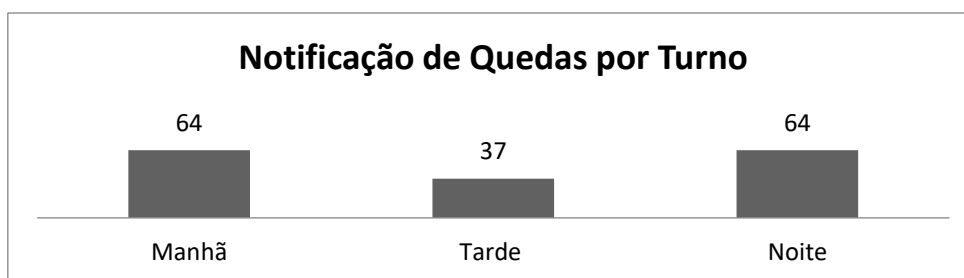


Gráfico 20. Notificação de quedas por turno 2011 CHBA  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017).

De acordo com as notificações efetuadas a causa mais frequente das quedas é o estado de saúde do doente, quedas relacionadas com a condição geral do doente/utente e/ou com diagnósticos que aumentem o risco de queda (falência cardiorrespiratória e/ou metabólica, instabilidade postural), com 109 quedas notificadas que corresponderam a 66% das causas notificadas. Quedas resultantes da resposta ao tratamento, medicação, anestesia e quedas diretamente relacionadas com atos médicos ou cirúrgicos foram notificadas 6. Relacionadas com fatores ambientais, quedas que resultem da existência de condições adversas das instalações ou equipamentos (chão molhado ou objetos fora do lugar), foram notificadas 26. Quedas relacionadas com outras causas que não as anteriores foram notificadas 24 (gráfico 21).

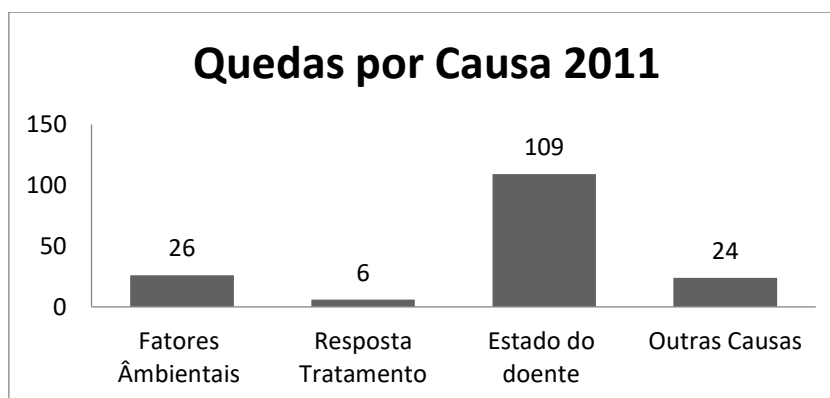


Gráfico 21. Quedas por Causa 2011 CHBA  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017).

Na análise efetuada acerca do local de ocorrência da queda e conforme se pode verificar pelo gráfico 22, 20.6% ocorrem na cama/maca e 18.2% durante a deambulação. Verificasse uma percentagem elevada de não identificação do local da queda 29.6%.

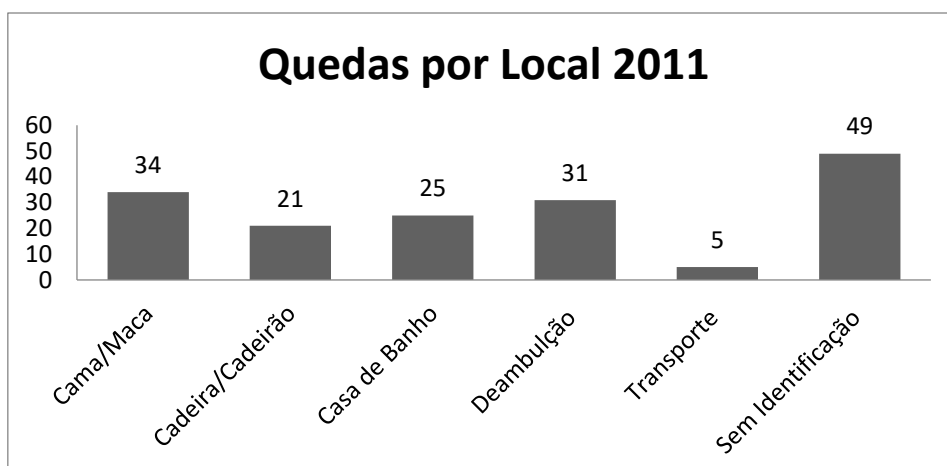


Gráfico 22. Quedas por Local 2011 CHBA

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017).

Como resultado das quedas ocorrerão lesões em 28% (gráfico 23) correspondendo a lesões Grau 1 (32) lesões que necessitam de pouco ou nenhum cuidado, observação ou intervenção tais como: pequenas abrasões, pequenas contusões, pequenos cortes ou lacerações que não requerem sutura, Grau 2 (8), Lesões que necessitam de alguma observação/ intervenção médica e/ou de enfermagem, tais como: entorses, lacerações grandes ou profundas, grandes contusões que podem necessitar de intervenções tais como: gelo local, ligaduras, talas ou suturas e Grau 3 (6), Lesões que claramente necessitam de observação ou intervenção médica, tais como: fraturas, perda de consciência ou alterações do estado físico ou mental (NH23/CHBA, 2013).

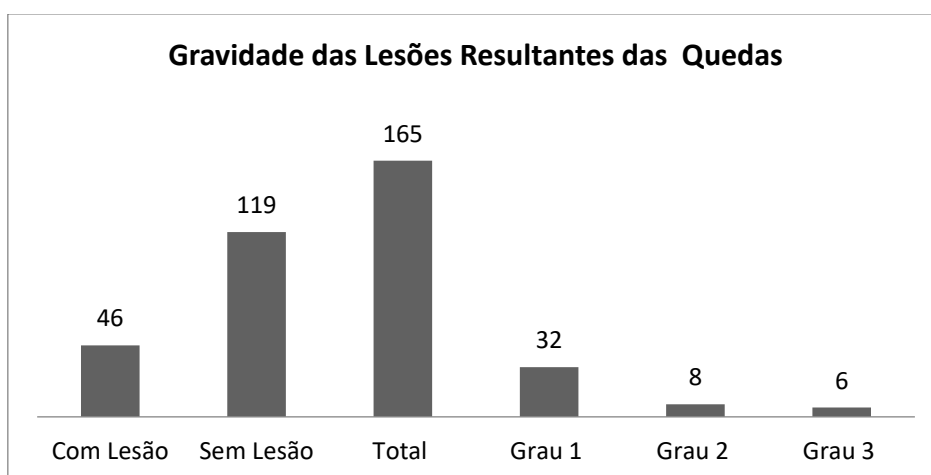


Gráfico 23. Tipo de lesões das quedas notificadas em 2011 CHBA

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2017).

No ano de 2015 de acordo com o gráfico 24, houve uma redução do nº de quedas notificadas relativamente a 2013 (207), um número mais elevado relativamente a 2014



(146), e em 2016 só foram notificadas 46 quedas o que pode ser explicado pela possível inclusão no indicador “outros/diversos”.

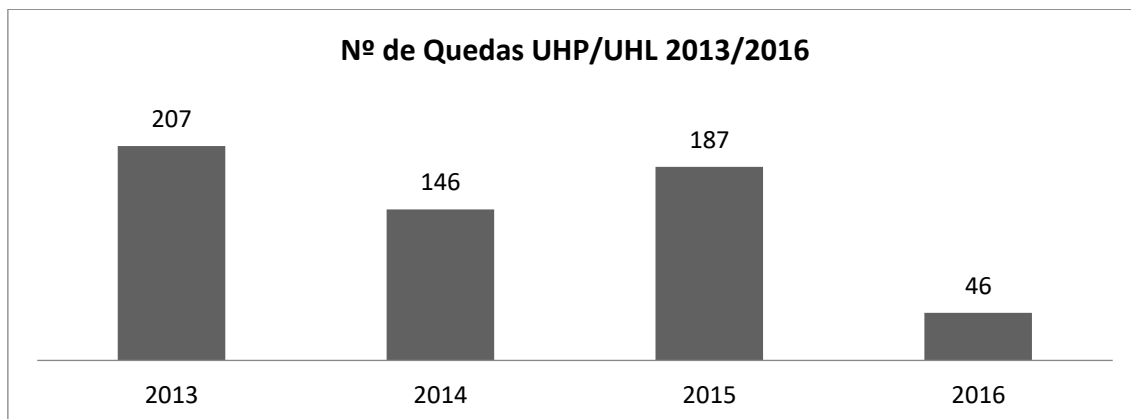


Gráfico 24. Variação do nº de quedas notificadas em 2013/2016 CHA (Unidades de Portimão/Lagos)

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2016).

Também durante o ano de 2015, existiu uma oscilação mensal relativamente às quedas notificadas, tendo sido no mês de outubro efetuado o maior nº notificações (24) e os meses de fevereiro, março e dezembro os meses com o nº mais reduzido de registos (11). (gráfico 25).

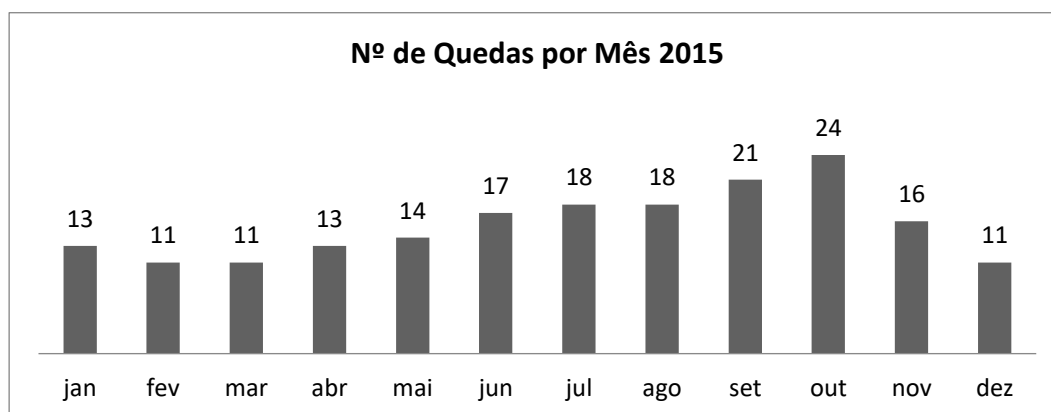


Gráfico 25. Variação do nº de quedas mensais 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos)

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2015).

Como em anos anteriores, nas notificações efetuadas a causa mais frequente das quedas é o estado de saúde do doente, quedas relacionadas com a condição geral do doente/utente e/ou com diagnósticos que aumentem o risco de queda (107). (gráfico 26)

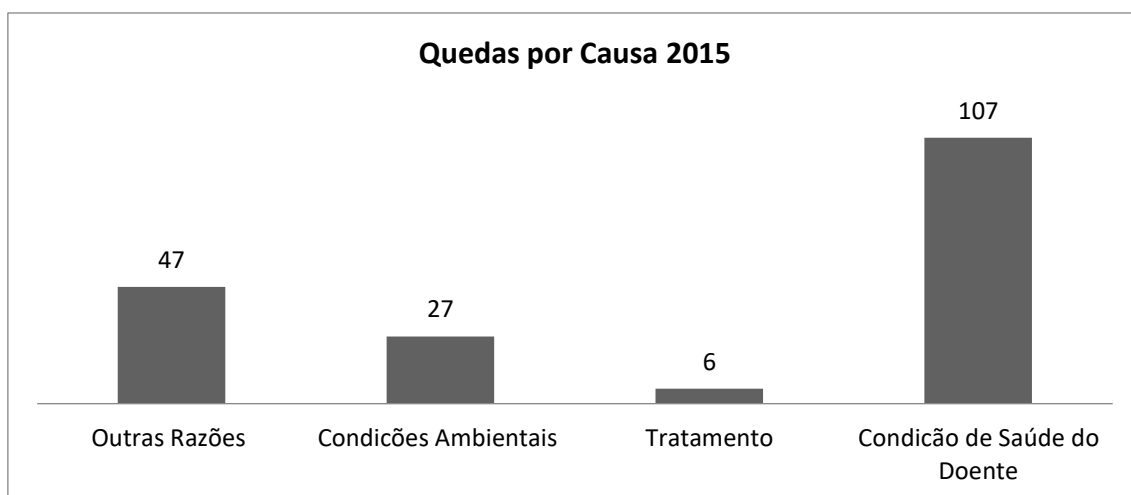


Gráfico 26. Causa das quedas notificadas em 2015, CHA (Unidades de Portimão/Lagos)  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2015).

De acordo com a informação registada, 28% das quedas notificadas provocaram lesões nos doentes (gráfico 27).

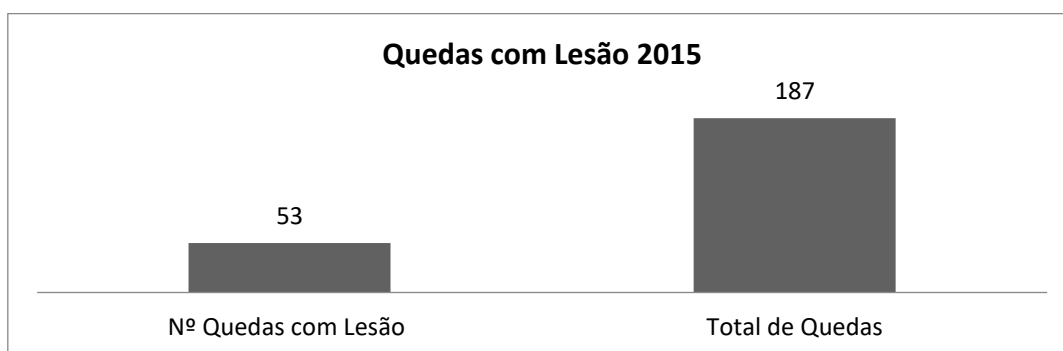


Gráfico 27. Nº de quedas com lesões notificadas em 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos)  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2015).

Em 2015 foi no turno da manhã que se registou o maior nº de quedas (84), sendo o turno da tarde aquele com um nº inferior (46) (gráfico 28).

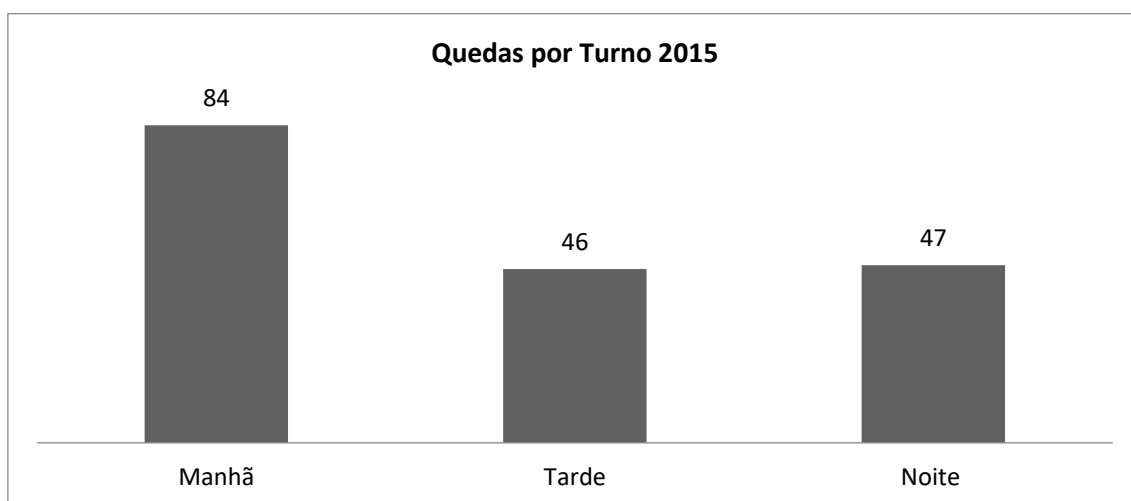


Gráfico 28. Nº de quedas por turno 2015 CHA (Unidades de Portimão/Lagos)  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente, (2015).

Relativamente aos anos de 2014, 2016 só se conhece o nº de quedas notificadas não havendo ainda o registo para o ano de 2017.

### **Auditoria à Área Cirúrgica**

A utilização da *Check-list* Cirurgia Segura prevista na NH /24/CHBA, tem como objetivo último auxiliar as equipas a percorrerem de uma forma consistente e sistemática um pequeno número de passos críticos de segurança e desta forma minimizar os riscos mais comuns e evitáveis que põem em perigo a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos. A Lista de Verificação composta por 36 itens, divide o procedimento cirúrgico em três fases, cada uma correspondendo a um período específico de tempo, no decorrer de um procedimento cirúrgico: o período antes da indução da anestesia (“*sign in*”), o período após a indução da anestesia e antes da incisão cirúrgica / início do procedimento (“*time out*”) e o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida cirúrgica, mas antes da transferência do utente (“*sign out*”).

A metodologia definida, para a realização da auditoria foi a consulta de 6 processos clínicos de doentes internados por serviço cirúrgico, sendo 4 de cirurgias programadas e 2 de cirurgias urgentes.

Foi ainda efetuada 1 observação do procedimento em cada Bloco (Central, Ambulatório e Bloco Partos).

Foram auditadas as listas de verificação pré cirúrgica de 20 processos clínicos ao longo dos anos de 2011 a 2017.

O tratamento estatístico foi realizado recorrendo ao programa *Excel*, sendo os resultados apresentados em percentuais de conformidade, comparando os resultados de auditorias realizadas durante os anos de 2011 e 2017 (Gráfico 29)

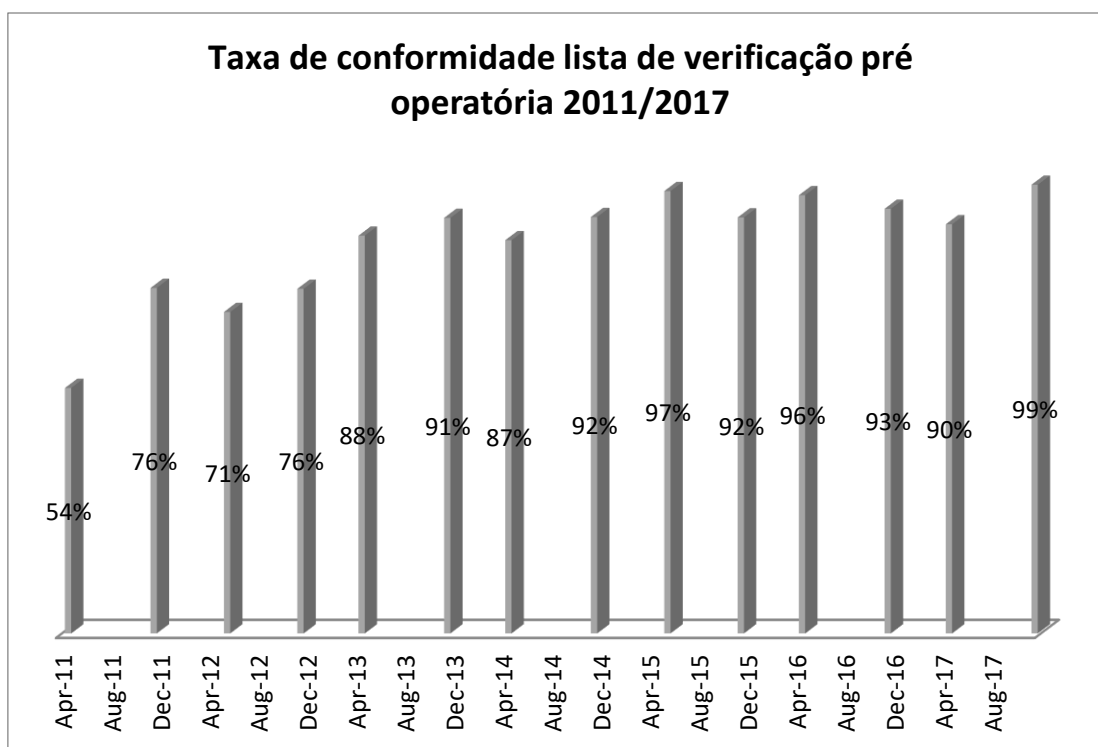


Gráfico 29: Taxa de conformidade global lista de verificação pré-operatória, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Cirúrgica, (2017).

Na generalidade, nos últimos anos a taxa de conformidade observada foi de 90%, valor substancialmente superior ao encontrado no início da implementação do Programa Segurança do Doente em 2011.

Os valores da taxa de conformidade por serviço nas auditorias realizadas em 2017 tende a caminhar para a uniformidade (gráfico 30).

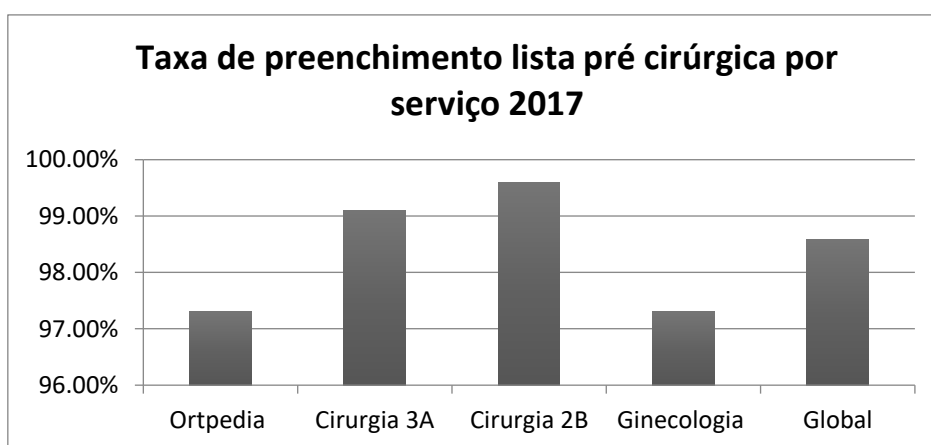


Gráfico 30. Taxa de conformidade global lista de verificação pré operatória por Serviço 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Cirúrgica, (2017).

Foram auditadas 20 *Check-list* através da consulta do processo clínico dos doentes internados nos seguintes serviços: Ginecologia (2), Cirurgia 3B (6), Cirurgia 3A (6), Ortopedia (6) tendo a globalidade da taxa de conformidade de 96.7% (Gráfico 31).

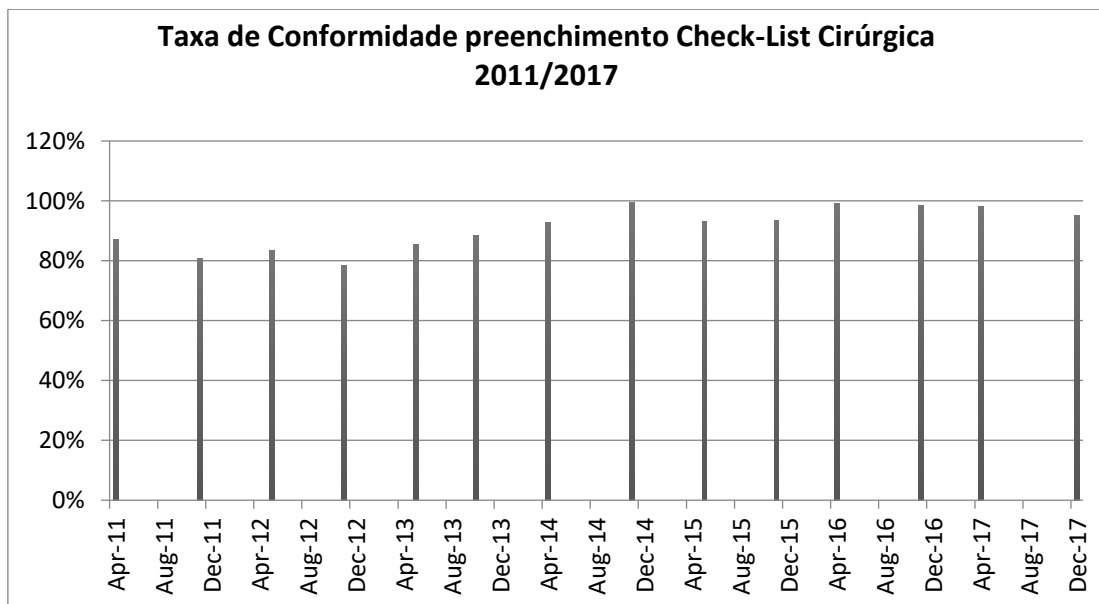


Gráfico 31: Taxa de conformidade global preenchimento Check-list Cirúrgica 2011 a 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Cirúrgica, (2017).

Os resultados obtidos por etapa, constata-se que o item APGAR Cirúrgico ainda se apresenta abaixo dos 60% (Gráfico 32).

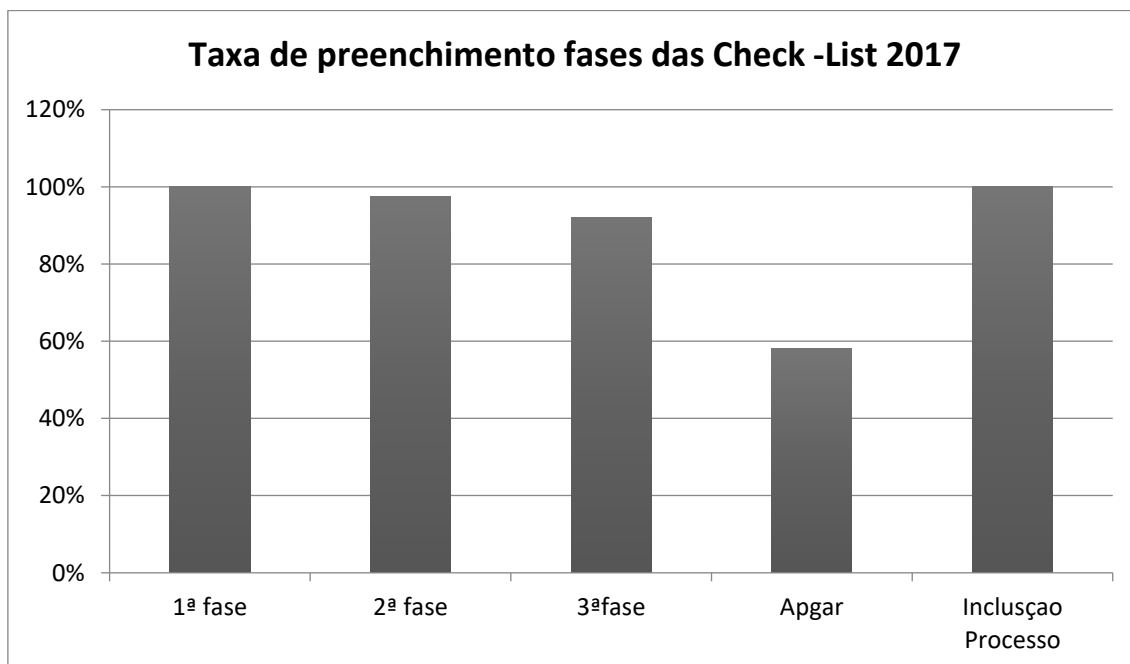


Gráfico 32: Taxa de conformidade global preenchimento Check-list Cirúrgica 2011 a 2017, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Cirúrgica, (2017).

Como medidas de melhoria reforçar junto das equipas a necessidade do total cumprimento da check-list e do cumprimento dos momentos adequados ao preenchimento da lista.

### **Auditoria à Área do Medicamento**

Num contexto onde se pretende um ambiente de prática segura para o doente e para o profissional responsável pelos seus cuidados, é imperativo uma adequada gestão do circuito do medicamento.

De acordo com o definido na norma, a gestão de medicamentos nos diferentes Serviços, em princípio tem uma dupla responsabilidade: os Serviços (Enfermeiros Chefes) e os Serviços Farmacêuticos. A auditoria irá só ser realizada sobre a responsabilidade dos serviços. Integrados na gestão de medicamentos encontram-se as seguintes subáreas: manutenção do carro de dose unitária; armazenamento e acondicionamento de medicamentos geral e específicos; manutenção do cofre de estupefacientes.

Relativamente à manutenção do carro de dose unitária, foram auditadas todas as unidades de internamento. A metodologia adotada foi a verificação da conformidade do carro de dose unitária usando uma grelha de observação. A grelha é constituída por 47 critérios relativos ao conteúdo, condições de acondicionamento de medicamentos e material de consumo clínico considerados obrigatórios.

Os resultados das observações alcançados entre 2011 e 2017 estão evidenciados no gráfico 33.

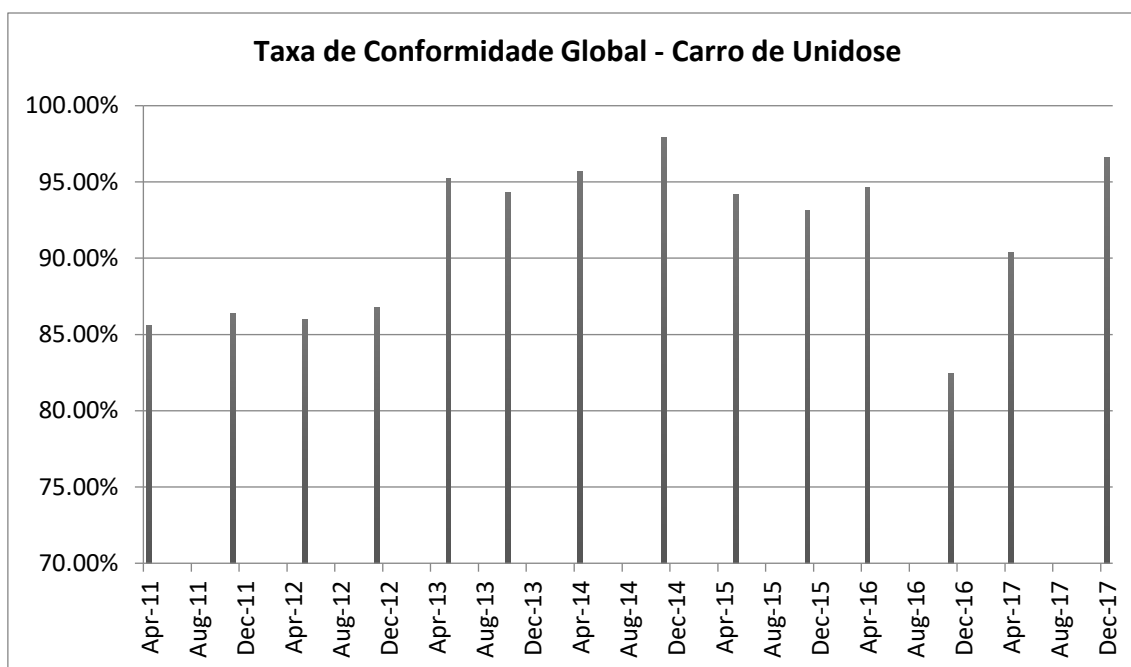


Gráfico 33: Taxa de conformidade global -Carro de Unidose, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Medicamento, (2017).

Relativamente armazenamento e acondicionamento de medicamentos geral encontram-se integrados neste grupo todos os serviços de internamento e ambulatório das Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos do CHUA. A metodologia definida para a realização da auditoria foi a verificação da conformidade dos diferentes locais de armazenamento de medicamentos, através de uma grelha de observação constituída por 22 critérios relativos ao conteúdo e condições de armazenamento e acondicionamento de medicamentos.

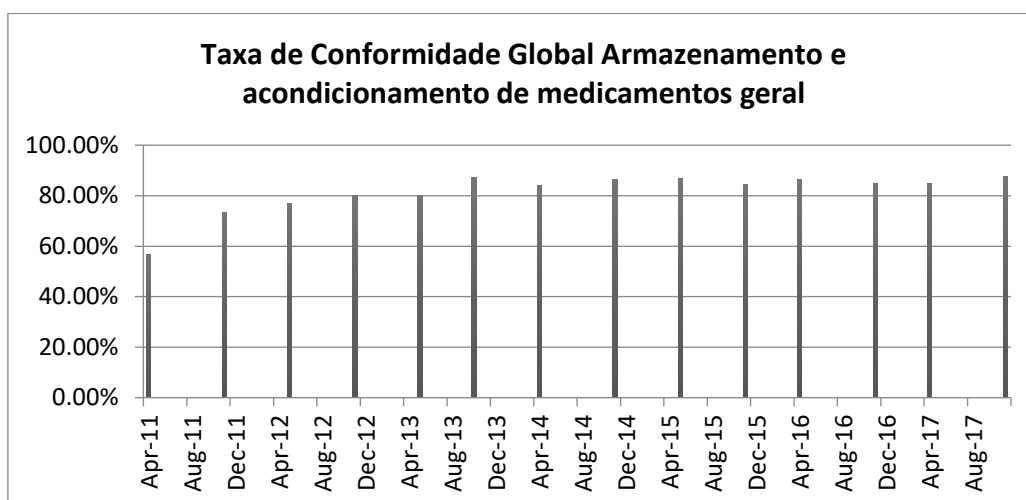


Gráfico 34: Taxa de conformidade global - Armazenamento e acondicionamento de medicamentos geral, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Medicamento, (2017).

Relativamente à manutenção e controlo do cofre de estupefacientes, estão integrados neste grupo todos os serviços de internamento e ambulatório das unidades hospitalares de Portimão e Lagos. A metodologia definida para a realização da auditoria foi a verificação da conformidade dos diferentes cofres de estupefacientes, através de uma grelha de observação constituída por 9 critérios relativos ao conteúdo e condições de armazenamento e acondicionamento de estupefacientes. Os dados globais entre os anos de 2011 e 2017 estão representados no gráfico 35.

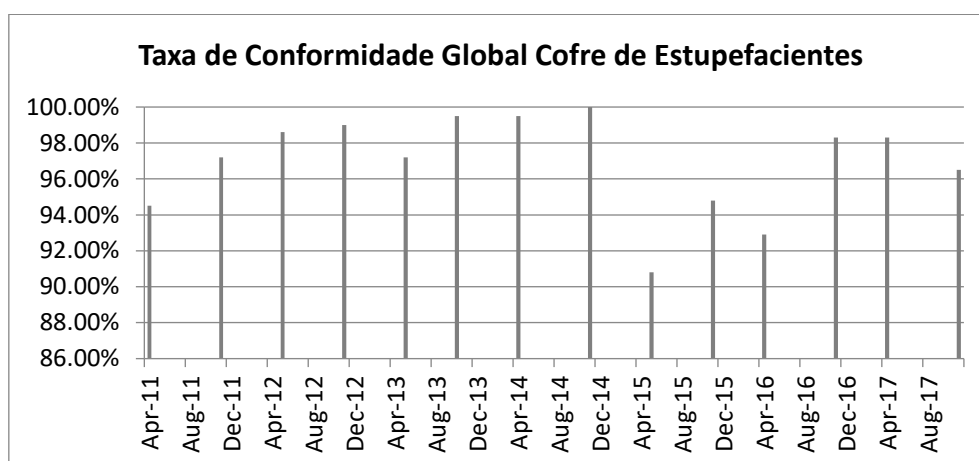


Gráfico 35: Taxa de conformidade global - Armazenamento e acondicionamento de cofres de estupefacientes, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Medicamento, (2017).

Como se pode evidenciar relativamente à área do medicamento os valores de conformidade obtidos nas auditorias são sinónimo de uma aposta no cumprimento da norma hospitalar em vigor na instituição e empenho dos profissionais na prática segura.

### Identificação Segura e Inequívoca

Num contexto onde se pretende um ambiente de prática segura para ambas as partes doente e profissional, torna-se necessária a identificação inequívoca dos doentes, assim sendo a área da Identificação do doente tem sido incluída no Programa de Segurança do Doente. A auditoria à área da Identificação Segura incidiu mediante critérios específicos na identificação de doentes provenientes do ambulatório, urgência e internamento.



## Doentes em Ambulatório

Integrados neste grupo encontram-se os serviços de Fisioterapia, Exames Especiais - Gastro e Central de Colheitas, Bloco Operatório, Radiologia e Consulta Externa.

A metodologia definida foi a realização da auditoria através da observação da intervenção dos profissionais junto dos doentes, tendo sido efetuadas 5 observações por serviço cujos resultados globais estão identificados no quadro 36.

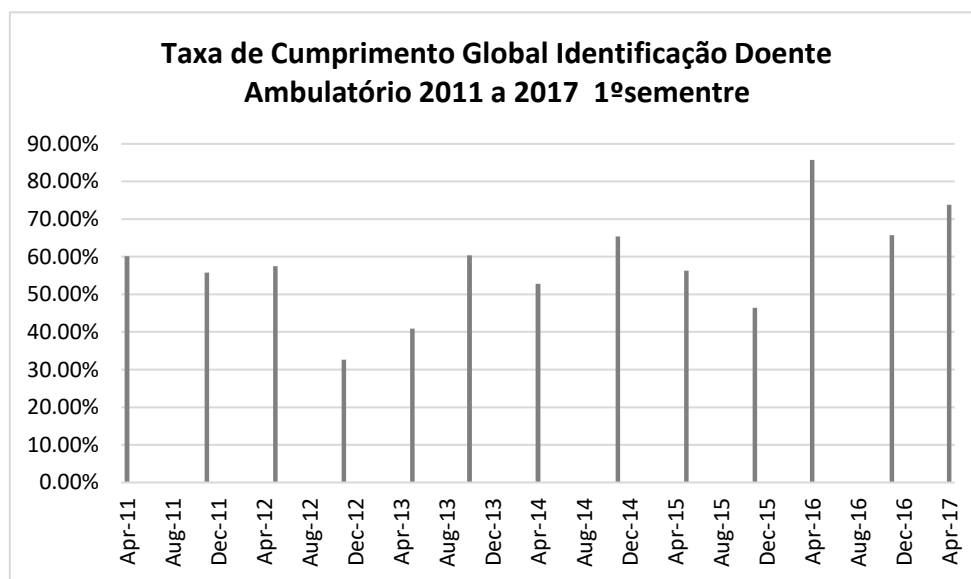


Gráfico 36: Taxa de cumprimento global identificação do doente ambulatório, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Identificação, (2017).

## Doentes na Urgência

Integrados neste grupo encontram-se os seguintes serviços: Urgência Geral, Urgência Pediátrica e Urgência Básica. A metodologia definida e realizada foi a mesma que a anterior, tendo sido realizadas 4 observações por serviço.

Pela análise do gráfico 36 verifica-se uma oscilação da taxa de conformidade global nas 3 urgências.

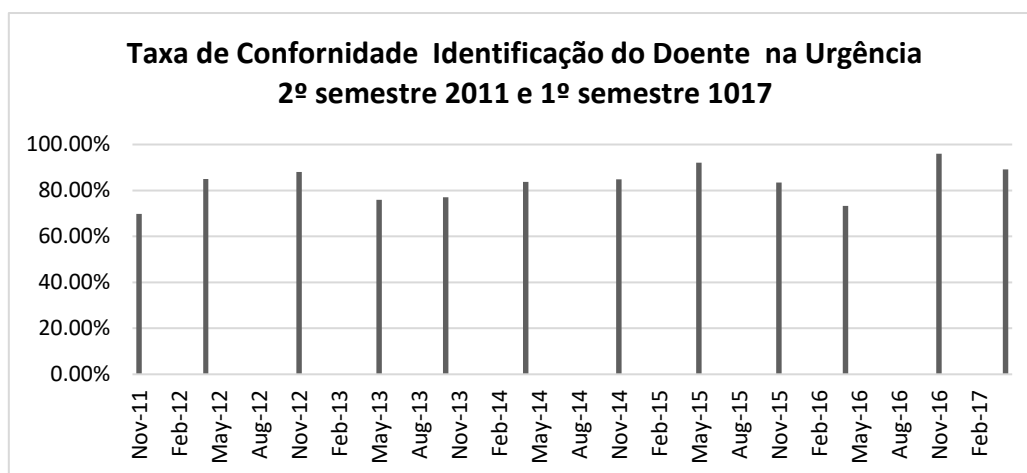


Gráfico 37: Taxa de cumprimento global identificação do doente ambulatório, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos):  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente Área Identificação, (2017).

### Doentes em Internamento

Integrados neste grupo encontram-se os todos os serviços de internamento da Unidade Hospitalar de Portimão e Lagos.

A metodologia anteriormente definida, foi alterada passando a incluir a grelha de observação critérios relativos ao processo clínico e critérios relativos ao doente. Podendo a taxa de cumprimento ser verificada no gráfico 38.

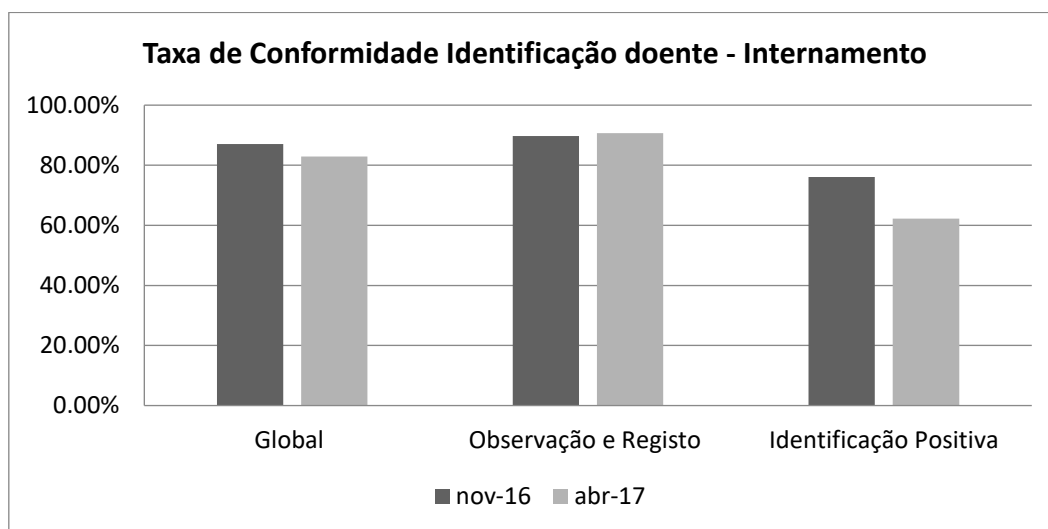


Gráfico 38: Taxa de conformidade identificação do doente no internamento, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos)  
 Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente - Área Identificação, (2017).

Relativamente ao conhecimento de como proceder para efetuar a Identificação positiva dos doentes, os resultados da auditoria de abril de 2017, apontam para uma

necessidade urgente de introdução de medidas de melhoria em todos os sectores profissionais (Gráfico 39).

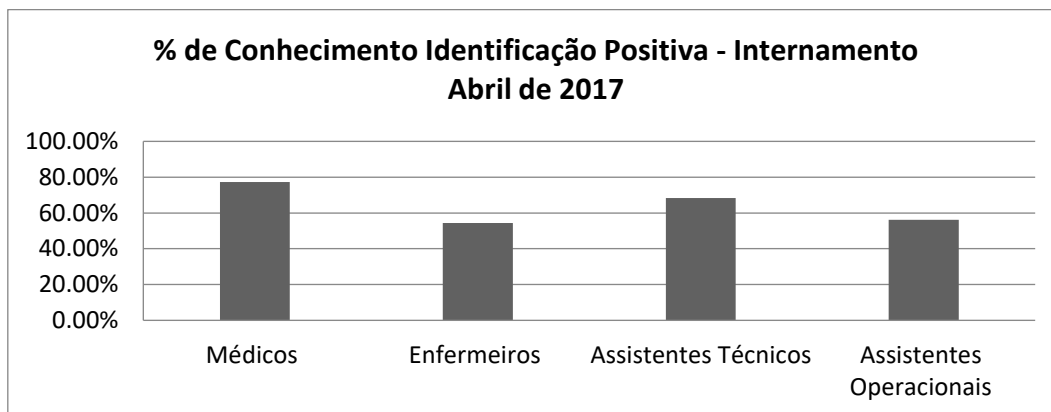


Gráfico 39: % de conhecimento da identificação positiva doente no internamento por profissionais, CHUA (Unidades de Portimão/Lagos):

Fonte: Relatório Anual do Programa de Segurança do Doente - Área Identificação, (2017)..

Na generalidade a identificação positiva ainda não é utilizada sistematicamente pelos profissionais. Uma das sugestões de melhoria apresentadas foi o reforço da formação tendo em vista a necessidade de sistematizar o processo de identificação positiva do doente.

Seguindo as orientações das organizações da Organização Mundial da Saúde e União Europeia (UE) a DGS tem realizado a avaliação da cultura de segurança das unidades de saúde portuguesas, publicando em agosto de 2015 um relatório da avaliação da cultura de segurança nos hospitais portugueses (DGS, 2015). Os resultados foram condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde com vista à obtenção de melhorias significativas nos níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados.

A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015- 2020, a qual integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que no seu Objetivo Estratégico 1 “Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno” indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente (DGS, 2015)”.

O relatório visa efetuar a análise dos resultados do estudo realizado em cinquenta e cinco unidades hospitalares em Portugal, no ano de 2014, no âmbito da Norma no

025/2013, de 24 de dezembro, “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais”.

As unidades hospitalares formalizaram a participação no estudo através do preenchimento de uma ficha de inscrição *on-line*, para identificação do tipo de hospital e quantificação do número de profissionais em funções na instituição, por grupo profissional.

O estudo foi realizado com o recurso à aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPCS), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), dos Estados Unidos da América, traduzido e adaptado ao contexto português.

Trata-se de um questionário de autopreenchimento, com uma distribuição multidimensional (12 dimensões), composto por 42 itens, incluindo, ainda, duas variáveis de item único: Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos Notificados nos últimos 12 meses. Apresenta-se sob a forma de Escala de *Likert*, graduada em seis níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente” ou “nunca” (1) até “concordo fortemente” ou “sempre” (5), havendo ainda a possibilidade de assinalar “não se aplica” (69).

Para a análise e interpretação dos resultados, foi seguida a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (Sorra e Nieva, 2004).

O questionário foi disponibilizado, por via eletrónica, entre 1 de abril e 31 de agosto de 2014 e aplicado em cinquenta e cinco hospitais portugueses, distribuídos por diferentes regiões de Portugal continental.

Obtiveram-se 17.928 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão global de 18.3%. Foi nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo que a taxa de adesão foi mais elevada (27.7%), verificando-se a taxa de adesão mais baixa nos hospitais da ARS do Algarve (17.2%). Foi na ARS de Lisboa e Vale do Tejo que os resultados das dimensões foram ligeiramente superiores ou iguais à média nacional e na ARS do Alentejo que todas as dimensões apresentaram uma percentagem de respostas positivas inferior à média nacional. O grupo profissional mais representado é o dos enfermeiros (41.2%), seguido dos médicos com 18.5%.

A amostra dos profissionais respondentes é maioritariamente do sexo feminino (74%).

Em relação à idade, constata-se que 35.1% dos profissionais apresenta 45 ou mais anos de idade, enquanto 12.6% apresenta menos que 30 anos de idade. Observa-se, ainda, que 17.1% tem entre 30 a 34 anos de idade, 15.6% entre os 35 a 39 anos e 14.3% entre os 40 a 44 anos de idade.

Do total de respondentes, 85% dos profissionais refere interagir diretamente com o doente e apenas 15% refere não interagir diretamente com o doente.

Quando solicitado aos profissionais que avaliassem em termos gerais, no que diz respeito à segurança do doente, o seu serviço/unidade de trabalho, 50% considerou ser “excelente” ou “muito boa”, 41% considerou ser “aceitável”, 7% considerou ser “fraca” e 2% “muito fraca”.

Quanto à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSALG), verifica-se que as dimensões D6 (*Feedback* e comunicação à cerca do erro), D7 (Abertura na comunicação) e D10 (Dotação de profissionais) apresentam uma média inferior à nacional, sendo a mais significativa a D10 - Dotação de profissionais com 27%, apresentando 7% de variação em relação à média nacional. Por outro lado, destacam-se três dimensões que apresentam repostas superiores às nacionais: D3 - Apoio à SD pela gestão, com 10% de variação; D9 - Trabalho entre unidades, com 13% de variação e a D11 - Transições, com 8% de variação. Dos quatro hospitais que pertencem à ARSALG, três obtiveram uma taxa de adesão superior a 15%, que variou entre 16.4% e 24.1% e um obteve uma taxa de adesão inferior a 15% (H1) (Tabela 5).

Tabela 5. Percentagem de respostas dos hospitais por dimensão (ARSALG)

Fonte: Adaptada do relatório *Segurança do Doente, DGS, (2015)*.

Dimensões	Resultados (% positivas)					
	H1	H2	H3	H4	ARSALG	Nacional
1. Trabalho em Equipa	66	84	75	72	74	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	47	81	69	49	62	59
3. Apoio a segurança do doente pela gestão	28	71	73	62	59	49
4. Aprendizagem organizacional – melhoria continua	56	87	69	55	67	65
5. Perceções gerais sobre segurança do doente	40	81	69	60	63	53
6. Feedback e comunicação acerca do erro	44	60	57	38	50	52
7. Abertura e comunicação	49	58	55	43	51	52
8. Frequência da notificação de eventos	29	49	51	35	41	37
9. Trabalho entre unidades	38	80	67	60	61	48
9. Dotação de profissionais	29	22	28	29	27	34
11. Transições	46	78	62	58	61	53
12. Resposta ao erro não punitiva	23	45	31	23	31	26

De acordo com o “Relatório Segurança do Doente”, DGS 2015 chegaram-se aos seguintes resultados:

**Trabalho em equipa** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;

**Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a SD** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Apoio à SD pela gestão** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Aprendizagem organizacional-melhoria contínua** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;

**Perceções gerais sobre a SD** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Feedback e comunicação acerca do erro** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Abertura na comunicação** – H4 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;

**Frequência da notificação de eventos** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Trabalho entre unidades** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2/H3 apresentam respostas com valores superiores à média da região;

**Dotação de profissionais** – todos os hospitais se encontram dentro da normalidade;

**Transições** – H1 apresenta respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região;

**Resposta ao erro não punitiva** – H1/H4 apresentam respostas com valores inferiores à média da região; H2 apresenta respostas com valores superiores à média da região. Temos a salientar que os hospitais H1 e H2 se destacam nesta região, na medida em que as médias das respostas foram todas mais baixas do que as da região no H1, à exceção da D10, que foi superior em 2%, enquanto no H2 as médias foram todas mais elevadas do que as da região, à exceção da D10 que foi inferior em 5% de variação em relação à média da região.

*As principais conclusões nesta primeira avaliação nacional, permitiram concluir o seguinte: 1) A cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições; 2) A cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais é fraca; 3) A adesão dos hospitais privados foi pouco expressiva.*

### **3.4 Caraterísticas Sociodemográficas da População Algarvia**

Com 4 996,8Km<sup>2</sup> de área e uma população residente de cerca de 444.390 habitantes, distribuídos por 16 concelhos, Alcoutim, Aljezur, Albufeira, Castro Marim, Faro, Loulé, Lagos, Lagoa, Monchique, Olhão, Portimão, São Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António (Instituto Nacional de Estatística, 2011). O Algarve localiza-se no extremo ocidental da Europa, a Sul de Portugal. Tem uma densidade populacional média de cerca de 90.3 habitantes/Km<sup>2</sup>, inferior à densidade média do país em 2011, 114.5 habitantes/km<sup>2</sup>. Os municípios do interior do Algarve como Monchique e Alcoutim, respetivamente com 15.3 hab/km<sup>2</sup> e 5.1 hab/km<sup>2</sup>, têm uma densidade populacional bastante inferior à média da região. Olhão (346,9 hab/km<sup>2</sup>), Faro (319.9 hab/km<sup>2</sup>), Vila Real de Santo António (312.8 hab/km<sup>2</sup>) e Portimão (305.5 hab/km<sup>2</sup>) são os municípios da região com maior densidade populacional. Tem uma costa com cerca de 150Km e é banhado pelo Oceano Atlântico. Subdivide-se em três faixas principais: o litoral concentra a maior parte da atividade económica regional, o barrocal zona de transição entre o litoral e a serra, que ocupa 50% do território.

O sector de atividade mais importante é o terciário (comércio e serviços), resultado da principal atividade económica – o turismo. Este subsector de atividade assume tal importância no Algarve que representa, direta e indiretamente, cerca de 60% do total de emprego e 66% do PIB regional. De salientar que o Algarve recebe anualmente cerca de 5 milhões de turistas.

De acordo com os Censos 2011, a população residente na região do Algarve é de 451 006 indivíduos, o que representa cerca de 4.3% da população do país. Na sua maioria são mulheres, 231 075 sendo a população masculina de 219 931 pessoas. Na última década a população da região do Algarve cresceu 14.1%, em 2001 era de 395 218. De referir que o Algarve foi a região que mais cresceu em termos de população na última década. Dos 16 municípios que compõem a região, apenas três perderam população na última década: Vila do Bispo (-1.7%), Monchique (- 13.3%) e Alcoutim (- 22.6%). Os

municípios de Albufeira (+29.4%) e Portimão, (+24.1%) foram os que mais cresceram na última década, assim como Lagos que também observou um aumento significativo de +22.2% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A percentagem da população juvenil na região do Algarve não sofreu grandes alterações na última década. Em 2011 atingia os 14.8%, próximo da média nacional (14.9%). Na região, à semelhança do país, a percentagem de jovens do sexo masculino é superior à do sexo feminino, respetivamente, 15.6% e 14.2%. São os municípios de Olhão e Albufeira os que apresentam a maior percentagem de jovens, respetivamente, 16.5% e 15.9%. Em contraste, é um município do interior, Alcoutim, que tem a menor taxa de jovens na sua população, 7.9%, logo seguido por Monchique, com 9.9%.

A população idosa aumentou na última década e representa em 2011, 19.5% da população do Algarve. A nível nacional este indicador é de 19.0%. No Algarve, ao contrário do que sucede com a população jovem, a percentagem de idosos do sexo feminino é superior à do sexo masculino, 21.0% e 17.9%, respetivamente. Em regra, os municípios mais afastados do litoral apresentam maiores percentagens de população idosa. Alcoutim aparece com 43.9% da população com 65 e mais anos, seguido de Monchique com 31.7%.



## ***Capítulo IV***

---

**Metodología**

---



## Capítulo IV – Metodologia

---

### 4.1 Introdução

Com a presente investigação, pretendeu-se conhecer as políticas e eventuais programas de segurança do paciente em contexto hospitalar e nos centros de saúde da Região Algarve – Portugal (RALg-Pt), e compreender se os grupos profissionais e os serviços de saúde públicos desenvolvem entre si relações de cooperação e de partilha de recursos organizacionais para induzir o desenvolvimento da cultura de segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

Para dar resposta à pergunta de investigação e concretizar os objetivos do presente estudo, realizou-se uma investigação através de uma abordagem descritiva-correlacional, apoiada numa orientação teórico-metodológica da análise multidimensional e prospetiva da segurança do doente no sistema organizacional dos hospitais e centros de saúde da RALg- Pt. Foram convocadas teorias e conceitos da área das ciências da saúde sobre a segurança do doente, a governação clínica e a gestão do risco em serviços de saúde. Complementarmente, foram ainda mobilizadas perspetivas interdisciplinares da área da gestão e outras ciências sociais sobre o diagnóstico organizacional, a cultura e a cooperação entre grupos profissionais. Sob o ponto de vista metodológico, recorreu-se às orientações dos estudos de diagnóstico organizacional da segurança do doente.

### 4.2 Procedimentos Metodológicos

O presente estudo tem uma abordagem predominantemente quantitativa, situado na categoria descritivo-correlacional transversal (Fortin, 2003). Trata-se de uma abordagem que visa a interpretação e a manipulação numérica de observações com vista à mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes num universo organizacional de serviço de saúde. Pretendeu-se, com a exploração e identificação dos fatores determinantes dos ambientes favoráveis à prática da segurança do doente, identificar as relações possíveis entre as variáveis, a fim de dar uma imagem completa do

fenómeno sobre as tendências e as estratégias dos serviços de saúde hospitalar para a garantia da segurança do doente nas unidades de saúde públicas da região do Algarve.

Foi solicitada e concedida autorização pela administração do Centro Hospitalar do Algarve, após parecer favorável da Comissão de Ética. O mesmo procedimento foi efetuado junto da Administração Regional de Saúde do Algarve, tendo sido concedida a autorização, na sequência de parecer favorável da Comissão de Ética (anexos 1 e 2).

Todos os procedimentos respeitaram os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsínquia (1964), em conformidade com a última revisão de 2008.

Antes da entrega de cada questionário, os utentes preencheram um consentimento livre e esclarecido para a participação neste estudo. Este consentimento informado foi lido e entendido por cada participante, e qualquer dúvida foi prontamente esclarecida.

#### **4.3 Questões de Investigação/Objetivos/ Hipóteses**

Pretende-se no estudo dar resposta à pergunta, “identificar qual o modelo favorável à prática da segurança do doente nas organizações de saúde do setor público da Região do Algarve – Portugal”, pelo que definimos os seguintes objetivos para o nosso estudo.

Objetivos gerais do estudo são:

- a) Conhecer os fatores determinantes dos ambientes favoráveis à prática da segurança do doente em organizações de saúde do setor público da Região do Algarve - Portugal;
- b) Conhecer a tendência das políticas e das estratégias dos serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente;
- c) Contribuir para a melhoria do modelo de intervenção nas organizações de saúde hospitalares e centros de saúde, designadamente ao nível das medidas de atuação nas dimensões da segurança do paciente (políticas e programas, sistemas de notificação de incidentes, envolvimento do doente, ensino e formação e outros).

Como objetivos específicos pretendeu-se:

- a) Identificar as dimensões e as variáveis que caracterizam os ambientes favoráveis à prática da segurança do doente numa organização hospitalar e centros de saúde da Região do Algarve – Portugal (RAlg-Pt);

- b) Analisar o grau de importância e as eventuais diferenças de percepção que os profissionais de saúde atribuem ao tema da segurança do doente nos serviços hospitalares e centros de saúde do setor público da RAlg-Pt;
- c) Caracterizar as medidas de atuação e relações de cooperação que os grupos profissionais e serviços de saúde hospitalar e centros de saúde da RAlg-Pt mobilizam para induzir a melhoria dos níveis da segurança do doente nas suas organizações de saúde;
- d) Identificar as estratégias coletivas, os recursos organizacionais e demais fatores críticos de sucesso que são desencadeados pelos grupos profissionais e os serviços de saúde hospitalar e centros de saúde para a garantia da segurança do doente na RAlg-Pt;
- e) Caracterizar as tendências, a curto prazo, da evolução qualidade na gestão da segurança do doente e os riscos na prestação de cuidados de saúde nos hospitais públicos e centros de saúde da RAlg-Pt.

#### **4.4 Variáveis**

Neste estudo as variáveis independentes são todos os elementos envolvidos, diretamente ou não, na prestação de cuidados de saúde ao paciente. Podemos assim considerar de entre estas variáveis os profissionais, o trabalho de equipa, a comunicação, a gestão organizacional e o próprio doente. Acrescentar a estas temos ainda, percepções gerais sobre a segurança do doente, frequência da notificação de eventos, número de notificações e avaliação geral da segurança do doente.

Por outro lado, a variável dependente é a segurança do paciente, uma vez que pode ser afetada por todos os outros elementos que estão na retaguarda da prestação de cuidados de saúde.

Tendo presente a sua natureza no estudo, propõe-se como possíveis hipóteses de investigação as seguintes:

- **H1.** - Os atributos do “modelo de ambiente favorável à prática da segurança do doente” diferem entre os profissionais de saúde, bem como, entre os serviços/unidades de saúde estudados.

- **H2.** - Existe diferença de percepção entre os hospitais e centros de saúde sobre os fatores críticos de sucesso dos procedimentos em segurança do doente.
- **H3.** - O local (hospital e centros de saúde) onde são prestados os cuidados de saúde afetam a percepção do doente quanto relação à gestão e organização da Unidade de Saúde.
- **H4.** - A experiência do doente durante a sua estada é afetada em função do local (hospital e centros de saúde) onde lhe são prestados os cuidados de saúde.

#### 4.5 População e Amostra

A população do estudo são todos os profissionais de saúde e utentes das instituições públicas de saúde da região do Algarve, Centro Hospitalar Universitário do Algarve (unidades de Faro, Portimão e Lagos) e Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, I.P (Quadro 18). Importa referir que o ACES do Barlavento foi retirado da possibilidade de integrar a amostra do estudo porque não foi facultada a operacionalização da recolha por parte da unidade.

ACES	Centros de Saúde
Algarve I – Central	Albufeira Faro Loulé Olhão São Brás Alportel
Algarve III – Sotavento	Alcoutim Castro Marim Tavira Vila Real de Santo António

Quadro 18. Centros de Saúde da ARS que integraram a população do estudo  
Fonte: própria

A amostra do estudo é composta por profissionais de saúde e utentes/pacientes/doentes que aceitaram participar de livre vontade na investigação. A amostra dos utentes, foi obtida de forma aleatória estratificada proporcional por proveniência relativa ao meio hospitalar e centros de saúde. Quanto aos profissionais considerou-se mais relevante manter a proporcionalidade quanto à profissão, assistentes operacionais, enfermeiros, médicos, técnicos superiores de saúde e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, respetivamente.

#### 4.6 Instrumentos de Recolha de Dados

Os instrumentos de medida utilizados neste estudo foram os questionários “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve-Portugal” versão para os profissionais de saúde e “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve-Portugal” versão para os utentes/pacientes/doentes.

Embora, os instrumentos privilegiados de recolha de dados sejam os inquéritos por questionário, será efetuada a análise documental dos pareceres e relatórios existentes nas instituições de saúde estudados. Assim sendo, proceder-se-á ainda ao seguinte:

Levantamento dos sistemas de notificação de eventos adversos e procedimentos associados, nas organizações de saúde pertencentes à amostra para posterior análise do conteúdo das várias seções do formulário de registo.

Os questionários utilizados são resultado de um processo de elaboração e validação partindo dos referenciais teóricos da OMS para a Segurança do Doente e de outros autores que se dedicaram ao desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da segurança do utente/paciente/doente (WHO, 2007; Agency For Healthcare Research And Quality 2008; Ministerio de Sanidad Política e Investigación, 2010). Foi efetuado um pré-teste a uma amostra intencional de peritos em metodologias, profissionais de saúde e pacientes, tendo em vista a aferição da validade facial e de conteúdo das perguntas.

O questionário “é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”, permitindo ainda um bom controlo dos enviesamentos (Fortin, 2003).

Ambos os questionários são de autopreenchimento, e são compostos por uma parte A e B. No questionário dirigido aos profissionais, a parte A, tem 8 perguntas, em que as perguntas 1 (Perceção em relação à gestão e organização da unidade de saúde), 2 (Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde) e 5 (Experiência em relação ao evento adverso que notificou), apresentam-se sob a forma de Escala de *Likert* de 1 a 10, onde 1 significa que "discordo" e 10 "totalmente de acordo", 9 para a P1, 12 para a P2 e 7 para a P5, respetivamente. A pergunta 5 só é respondida pelos

profissionais que responderam que sim à pergunta 3, que é de resposta dicotómica (sim ou não). E quando respondida favoravelmente o respondente terá que proceder à resposta das perguntas 4 e 5, em caso contrário passará diretamente para a pergunta 6. A pergunta 4 é composta por 9 subquestões de resposta dicotómica (sim ou não). A pergunta 6 diz respeito à sensação de segurança que têm dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde numa escala de 1 a 7, em que muito insegura (1) e muito segura (7). As perguntas 7 e 8 são de resposta aberta.

A parte B do questionário é composta pela caracterização sociodemográfica que contém: o género, a idade, o estado civil, a área geográfica da residência, se reside em Portugal ou no estrangeiro, grau de ensino e situação profissional (anexo 3).

O questionário aplicado aos pacientes tem a mesma estrutura, contudo na pergunta 2 tem menos um item e a dimensão (passou a chamar-se Experiência durante a estada na unidade de saúde), na pergunta 4 tem 6 itens em vez de 9 (passou a designar-se Ocorrências durante a sua hospitalização) e na pergunta 5 tem 6 itens em lugar dos 7 (passou a designar-se Experiência em relação ao erro clínico) (anexo 4).

### **Validade e Confiabilidade**

Validade refere-se a uma escala que mede o que se pretendia medir (Kimberlin & Winterstein, 2008). Tem quatro tipos, que são uma face, conteúdo, critério e validade de constructo (Polit & Beck, 2006). É recomendado realizar pelo menos dois tipos de validade (Newman, Newman & Newman, 2011). Neste estudo, a validade de face, conteúdo e construto foi efetuada. Validade de face refere-se a verificar se o instrumento parece ser lógico para usar a fim de medir o conceito. Está descrito na literatura que no mínimo de dez respondentes de uma população-alvo são adequados para garantir a redação, o formato e o tempo gasto em respondê-la, e a sequência de itens para um determinado instrumento (Hertzog, 2008). Neste estudo, os instrumentos (questionários) foram avaliados por profissionais de saúde especializados na área da segurança do doente, o que significou que mais de dez sujeitos avaliaram o instrumento para validade de face. Os especialistas asseguraram que os itens incluídos nos questionários são capazes de capturar e representar os objetivos do estudo. Estes não integram a amostra deste estudo e foram solicitados a avaliar a redação, o formato, o



tempo gasto na resposta e a sequência dos itens. O comprimento das frases/afirmações, compreensibilidade e legibilidade dos questionários (Muhlenbock & Kokkinakis, 2009).

A validade de conteúdo refere-se a uma declaração de conteúdo representativa, relevante e clara. Ele é usado para julgar o conteúdo da escala, e foi recomendado que três especialistas sejam o número mínimo necessário para garantir a validade de conteúdo dos instrumentos (Lynn, 1985). A razão de validade de conteúdo foi calculada usando a seguinte fórmula:  $CVR = (2ng / N) - 1$  (Lawshe, 1975); onde  $ng$  é o número de membros do painel de especialistas que consideraram os itens como essenciais, enquanto  $N$  representa o número total de membros do painel. A taxa de validade de conteúdo é o juízo do painel de especialistas em cada item da escala. Pesquisas anteriores (Johnston & Wilkinson, 2009) recomendaram o uso de critérios específicos no processo de avaliação; 1) Essencial, 2) Útil, mas não necessário, 3) Não é necessário. O valor da taxa de validade de conteúdo situa-se entre -1 a +1, em que um valor próximo de um reflete alta validação. Depois disso, é calculado o índice de validade de conteúdo, que é a média do índice de validade de conteúdo dos itens (Lawshe, 1975). O padrão aceitável do índice de validade de conteúdo é 0,80 e acima (Davis, 1992). Neste estudo, a taxa de validade de conteúdo foi conduzida por quatro especialistas que avaliaram cada item do questionário. O item que foi avaliado por um especialista como “essencial, mas necessário” ou “não é necessário” foi omitido. Um total de 31 itens foram agrupados e após a validação do painel de especialistas, 28 foram retidos no questionário dos Profissionais, respeitantes às perguntas 1, 2 e 5. No questionário dirigido aos pacientes foram retidos 26 itens de um total de 31, perguntas 1, 2 e 5, respetivamente. A validade de conteúdo variou entre -0,50 e +1 para todos os itens de conhecimento, motivação e habilidades, mas o item incluído é aquele que foi avaliado por todos os painéis de especialistas como essencial para garantir que o item seja compreensível, relevante e claro.

A análise fatorial representa a validade de construto e avalia a intercorrelação entre variáveis e fatores (Horn, 2007; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan, 1999). Neste estudo, a análise fatorial foi realizada para o questionário de “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve – Portugal”, utilizando-se a fatorização do eixo principal como método

de extração e o método oblíquo como rotação. O resultado mostrou que há autovalores acima de um, e cada variável é aliada sob seu fator (Yong & Pearce, 2013; Neill, 2008). Houve também uma correlação entre fatores que são gestão e organização da unidade de saúde, Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde e experiência em relação ao evento adverso, o que indica a correta seleção do método de rotação oblíqua. Estes resultados indicam que o questionário tem validade de construto. Confiabilidade é a repetibilidade do instrumento (Slavec & Drnovsek, 2012). Entre os tipos comuns de métodos de confiabilidade está a consistência interna da informação, que pode ser medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach* (George & Mallery, 1999). O valor alfa do coeficiente de *Cronbach* situa-se entre zero e um. Um coeficiente alfa de *Cronbach* acima de 0.70 é aceite como evidência de consistência interna para o questionário (Field, 2013). Neste estudo, a confiabilidade do questionário de “Abordagem multidimensional da segurança do doente Nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve – Portugal” foi assegurada usando os mesmos dados de análise fatorial usando o coeficiente alfa de Cronbach (Neill, 2008). Os resultados do coeficiente para este estudo foram superiores a 0.70 na quase totalidade para ambas as versões (Profissionais e Pacientes).

#### **4.7 Recolha de dados**

Os dados foram recolhidos durante o período de novembro de 2016 a julho de 2017. Foi agendada uma reunião prévia com os responsáveis dos serviços para a área da segurança do doente. Nesta reunião foi planeada os dias e as horas de recolha de dados aos utentes/pacientes/doentes. O turno da manhã foi o eletivo para a administração dos questionários nos centros de saúde e no CHUA E.P.E. Os questionários foram distribuídos em suporte de papel em mão. Os respondentes preencheram o questionário usando uma técnica autoadministrada (Streiner & Norman, 2015).

Demorou cerca de 20 minutos a serem preenchidos pelos entrevistados consoante o nível de literacia dos respondentes. O questionário foi distribuído aos entrevistados e recolhido após preenchimento.

Para os profissionais aqueles que trabalham em turnos diferentes, a investigadora responsável encontrou-se individualmente no local de trabalho durante o turno.

Previamente já havia feito uma primeira abordagem para a participação no estudo por *mailing list* este processo foi assegurado pelas instituições que autorizaram a realização. A taxa de resposta inicial foi muito baixa (inferior a 3%), por isso ter-se-á decidido efetuar o procedimento de recolha em suporte de papel junto dos profissionais.

#### **4.8 Procedimento para tratamento de resultados.**

Após a recolha de dados, as análises descritiva, comparativa e correlacional das variáveis do modelo do estudo (ambientes favoráveis à prática da segurança do doente e cultura de segurança), foram efetuadas no modo seguinte:

- a) Análise descritiva dos atributos de cada dimensão, tendo em conta as medidas de tendência central e de dispersão;
- b) Análise da consistência global das escalas dos atributos do modelo em estudo, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*;
- c) Análise da consistência das escalas parcelares dos perfis latentes do modelo de ambiente e de cultura, através do cálculo da estatística de *Alpha Cronbach*;
- d) Análise fatorial exploratória para a caracterização das variáveis latentes da matriz dos atributos do modelo;
- e) Realização da análise fatorial confirmatória através da avaliação do modelo de equações estruturais (SEM) com as dimensões extraídas das análises fatoriais.
- f) Análise comparativa e estudo de diferenças das relações entre as unidades de saúde estudadas (hospitais e centros de saúde; entre grupos profissionais)
- g) Análise de correlação das perceções globais sobre a qualidade, a segurança do paciente e a cultura de segurança, com os fatores extraídos das análises fatoriais.

Importa acrescentar ainda que para a análise e interpretação dos resultados quantitativos, adotou-se em parte a metodologia proposta pela Agency for Healthcare Research and Quality (Sorra & Nieva, 2004), procedemos à recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item, o principal indicador de análise. 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 resultados entre 50% e 75%, não sendo problemáticos, devem ser encarados como oportunidade para melhorar. Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade) (Fernandes & Queirós, 2011).

O tratamento dos dados obtidos foi efetuado através do programa informático IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foi ainda utilizado a aplicação do AMOS, para o estudo do “modelo de ambientes favoráveis à prática da segurança do doente e cultura de segurança”. Amos é um software de modelização de equações estruturais (SEM) que permite suportar a investigação e os estudos efetuados através da extensão dos métodos mais comuns de análise multivariada, incluindo regressões, análises fatoriais, correlações e análises da variância. O Amos possibilita-nos especificar, estimar e apresentar o modelo que propomos através de um diagrama intuitivo para mostrar as hipotéticas relações entre variáveis. Recorreu-se a outras aplicações informáticas para o diagnóstico e análise das variáveis-chave que compõem o sistema do funcionamento dos serviços de saúde, assim como, os elementos que caracterizam os fatores-chave e seus objetivos para a dinamização das políticas e estratégias em segurança do paciente.

Na análise dos resultados, seguimos as recomendações dos autores (Sorra & Nieva, 2004), excluindo os questionários que apresentem: todos os itens das perguntas 1, 2 e 5, com a mesma resposta; pergunta 3 em branco; perguntas 4 e 5 simultaneamente em branco; mais de 3 dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes perguntas.

Para a análise dos dados qualitativos respeitante às perguntas abertas dos questionários foram efetuados procedimentos de análise de conteúdo segundo a técnica temático categorial, acrescida da análise lexical do *corpus* com apoio informático do *Iramuteq*. Trata-se de uma aplicação informática do tipo *open source* que permitiu identificar a relevância dos léxicos de cada área temática do *corpus*, complementado assim, por um lado, as clarificações de sentido expressas nos resultados quantitativos referentes aos perfis fatoriais extraídos nas análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, e, por outro lado, permitiu desocultar os principais agrupamentos de sugestões a ter em

atenção num processo de melhoria das condições de segurança do doente numa unidade de saúde.

Sistematizam-se como principais características do *software* Iramuteq, o seguinte:

- *Iramuteq*: Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
- *software livre (open source)*: desenvolvido em R (<http://www.r-project.org>) e na linguagem *Python* (<http://www.python.org>), e encontra-se licenciada sob a forma de *open source* GNU GPL (v2)
- *autoria*: Pierre Ratinaud do *Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales*, Toulouse-França
- *acesso*: *download* da aplicação para instalação e tutorial em português encontram-se disponíveis na internet em <http://www.iramuteq.org/>

Para efeitos do procedimento lexicométrico do *corpus* através do Iramuteq, tomaram-se os procedimentos sugeridos por Camargo & Justo (2013):

- organização do *corpus* num ficheiro do tipo \*.txt com variáveis e modalidades.
- tratamento do *corpus*:
  - a. construção do dicionário dos segmentos de texto;
  - b. preparação das unidades de texto significativas em Unidades de Contexto Iniciais (UCI) e em Unidades de Contexto Elementar (UCE);
  - c. extração inicial do diagrama da lei de Zipf
    - i. segundo a lei de Zipf, formulada por George Kingsley Zipf, é possível prever que num dado *corpus* de texto a frequência de ocorrência  $f(n)$  de uma palavra é de certo modo ligada à sua ordem  $n$  na ordem das frequências da forma seguinte:  $f(n) = k / n$ , sendo  $k$  uma constante.
  - d. criação da tabela de lematização (processo automático de criação de lemas);
  - e. cálculo das estatísticas textuais clássicas, através das **frequências das palavras**, com representação gráfica em **nuvem de palavras**;
  - f. **análise de similitude** (associação) entre as palavras, com representação gráfica das coocorrências entre as palavras;
  - g. **classificação hierárquica descendente** (CHD) dos agrupamentos de segmentos de texto, segundo o cálculo das matrizes de distância conforme o *método de Reinert*:
    - i. Método de Reinert: procedimento de agrupamento ou criação de classes de forma aproximada a ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*), ou "Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto";
    - ii. Descrição e medidas de qui-quadrado ( $\chi^2$ ) das classes de segmentos de texto;
    - iii. Projeção das classes em planos fatoriais.
  - h. extração das especificidades dos segmentos de textos mais significativos.

Importa ainda acrescentar que para efeitos da organização e codificação dos temas do corpus, adaptou-se o seguinte:

**Tema 1:** Perceção do **significado de segurança** do paciente/doente/utente (P7. Na sua opinião, o que significa segurança do paciente/doente/utente numa unidade de saúde?)

SIGSEG (P7: **Tema 1a:** Pacientes/utentes; **Tema 1b:** Profissionais)

**Tema 2:** **Sugestões para a melhoria das condições de segurança** do paciente/doente/utente (P8. Quer dar alguma sugestão ao nível individual que contribua para a melhoria da segurança do paciente/doente/utente na unidade de saúde?)

SUGMEL (P8: **Tema 2a:** Pacientes/utentes; **Tema 2b:** Profissionais)

**Etiquetas** (variáveis e modalidades):

id: identificador do respondente do questionário (inquirido)

ent: inquirido (1- profissional de saúde; 2- paciente/doente/utente)

sex: sexo (1- masculino; 2- feminino)

idd: idade

getar: grupo etário (1- menor ou igual a 30 anos; 2- 31 a 40 anos; 3- 41 a 50 anos; 4- 51 ou mais anos)

marital: estado civil (1- solteiro; 2- casado ou união de facto; 3- divorciado / separado; 4- viúvo)

educa: grau de ensino (1- sem escolaridade; 2- 1º Ciclo (4ª classe); 3- 2º ciclo (6ª classe); 4- 3º ciclo (9º ano); 5- Ensino Secundário Complementar; 6- Curso Técnico-Profissional; 7- Bacharelato/Curso médio; 8- Licenciatura; 9- Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento)

TipoOrg: 1- hospital; 2- centro de saúde

Acrescenta-se, por último, os seguintes referenciais para efeitos de interpretação dos outputs extraídos através do Iramuteq:

**Interpretação do ficheiro *info*** do tema (stat):

*Résumé*

*Nombre de textes* (número de textos iniciais: UCI – unidade de contexto inicial):

n1

*Nombre d'occurrences* (número de ocorrências): n2

*Nombre de formes* (UCE – unidade de contexto elementar): n3

*Nombre d'hapax* : n4 (a % das ocorrências – b % das formas)

*Moyenne d'occurrences par texte* (média de ocorrências por texto): n5

**Interpretação do ficheiro *profiles*** extraído no *método Reinert*:

n. (número de ordem das palavras na tabela);

eff. st (número de segmentos de texto que contêm a palavra na classe);

eff. total (número de segmentos de texto no *corpus* que contém, pelo menos uma vez, a palavra citada);  
pourcentage (percentagem de ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe, em relação a sua ocorrência no *corpus*);  
chi2 ou  $\chi^2$  ( $\chi^2$  de associação da palavra com a classe);  
Type (classe gramatical em que a palavra foi identificada no dicionário de formas);  
Forme (identifica a palavra)  
 $p$  (nível de significância da associação da palavra com a classe).

#### 4.9 Limites Éticos do Estudo

Conforme previsto na proposta de investigação, não houve quaisquer impactos éticos e sociais no decorrer da investigação. O anonimato dos inquiridos foi assegurado, uma imposição que aliás deriva das próprias características técnico-científicas de estudos de natureza similar.

Os instrumentos de medida a desenvolvidos, garantiram que os inquiridos não ficassem constrangidos em colaborar e responder ao questionário, fazia-se menção de que se tratava de uma investigação da Universidade de Múrcia, e que os resultados individuais não serão divulgados, em conformidade com o código de ética da investigação científica.

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Algarve e à Administração Regional de Saúde do Algarve.

Todos os procedimentos respeitaram os princípios éticos estabelecidos pela Declaração de Helsínquia (1964), em conformidade com a última revisão de 2008.

Antes da entrega de cada questionário, os utentes preencheram um consentimento livre e esclarecido para a participação neste estudo. Este consentimento informado foi lido e entendido por cada participante, e qualquer dúvida foi prontamente esclarecida.





## ***Capítulo V***

---

**Resultados**

---



## Capítulo V – Resultados

### 5.1 Pacientes

#### 5.1.1 Gestão e Organização da Unidade de Saúde

##### Alínea a) - Análise descritiva

A Tabela 6 apresenta as medidas descritivas quanto à percepção dos pacientes relativamente à gestão e organização da Unidade de Saúde, onde se pode verificar que a questão com a média mais elevada foi, “Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.”, com 8.16, considerando que esta escala é baseada numa escala de *Likert* que varia entre 1 e 10.

*Tabela 6. Estatística descritiva das respostas dos doentes de saúde quanto à percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=241).*

	Média	Variância	Assimetria		Curtose	
			Erro Padrão	Erro Padrão	Erro Padrão	Erro Padrão
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	4.92	7.185	0.392	0.157	-0.646	0.312
P1.2. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	5.43	7.262	-0.088	0.157	-1.069	0.312
P1.3. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	5.12	6.501	0.086	0.157	-0.841	0.312
P1.4. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	6.14	7.127	-0.217	0.157	-0.890	0.312
P1.5. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	6.34	6.266	-0.284	0.157	-0.762	0.312
P1.6. - Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais).	7.90	4.868	-1.226	0.157	1.072	0.312
P1.7. - Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	8.16	4.125	-1.303	0.157	1.518	0.312
P1.8. - Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	7.53	4.958	-0.833	0.157	0.238	0.312
P1.9. - Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	7.33	4.855	-0.689	0.157	0.058	0.312

A questão menos pontuada e abaixo do ponto médio da escala foi a P1.1.- “Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.”, com 4.92 e imediatamente a seguir temos a P1.3. - “Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.”, com 5.12.

**Alínea b) - Alpha Cronbach global**

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 7), tendo-se obtido o valor de 0.806, para os nove itens, considerado de “Bom”, a consistência interna de um teste ou um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto (George & Mallery, 2003).

Tabela 7. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os Pacientes.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.806	9

Na Tabela 8, podemos observar o valor do *alfa de Cronbach* para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes, todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O *alfa de Cronbach* é uma medida de consistência interna que é calculada usando-se a variância amostral, os scores totais e o número de itens.

Tabela 8. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes. (N=241)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	53.94	154.584	0.387	0.803
P1.2. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	53.43	146.479	0.519	0.785
P1.3. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	53.73	149.989	0.498	0.787
P1.4. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	52.72	150.953	0.449	0.794
P1.5. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	52.52	152.026	0.474	0.790
P1.6. - Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais).	50.96	151.690	0.571	0.779
P1.7. - Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	50.70	155.762	0.546	0.783
P1.8. - Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	51.32	154.061	0.516	0.785
P1.9. - Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	51.53	150.567	0.594	0.776

Com base na tabela seguinte (Tabela 9), pode-se concluir que existem pelo menos dois itens em que as respostas dos pacientes quanto às percepções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde são significativamente diferentes ao avaliar o valor- $p = 0.000$  (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 9. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas à gestão e organização da Unidade de Saúde.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig	
Entre pessoas	5001.769	240	20.841			
Entre pessoas	Entre itens	2925.502	8	365.688	90.554	0.000
Entre pessoas	Resíduo	7753.609	1920	4.038		
	Total	10679.111	1928	5.539		
Total		15680.880	2168	7.233		

### Alínea c) - Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante à gestão e organização da Unidade de Saúde apresenta valores de comunalidades superiores a 0.529 para todos os itens com exceção do item P1.1. (“Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.”) que é de 0.264. (Tabela 10)

Tabela 10. Análise de componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os pacientes. (N=241).

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	4.92	2.680	0.264
P1.2. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	5.43	2.695	0.529
P1.3. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	5.12	2.550	0.604
P1.4. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	6.14	2.670	0.587
P1.5. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	6.34	2.503	0.586
P1.6. - Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais).	7.90	2.206	0.682
P1.7. - Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	8.16	2.031	0.770
P1.8. - Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	7.53	2.227	0.542
P1.9. - Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	7.33	2.203	0.697

O KMO, mostrado abaixo (Tabela 11), indica a adequação do tamanho da amostra, valores entre 0.7 e 0.8 são “bons”.

O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. Um teste significativo ( $p$  menor que 0.05) mostra-nos que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise.

Tabela 11. Teste de KMO e Bartlett respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os pacientes ( $n=241$ ).

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0.785
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	775.414
	gl	36
	Sig.	0.000

Em seguida a Tabela 12 mostra a variância total explicada, com os autovalores ("eigenvalues") correspondentes a cada fator.

Na tabela, os 9 possíveis fatores (o número máximo de variáveis) são apresentados com seus autovalores iniciais, após extração e após rotação. Nas colunas de autovalores iniciais são mostrados os autovalores, o percentual da variância que os fatores são capazes de explicar, e o percentual de variância explicada acumulado em cada fator. Nas três colunas seguintes, os valores dos fatores mantidos na análise após a extração são apenas repetidos e os valores dos fatores excluídos são omitidos. Na última coluna encontram-se os autovalores dos fatores após rotação. A rotação otimiza a estrutura fatorial e, como consequência, a importância relativa dos fatores remanescentes é equalizada.

Tabela 12. Variância total explicada respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde ( $N=241$ ).

Cp	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
		variância	cumulativa		variância	cumulativa		variância	cumulativa
1	3.651	40.566	40.566	3.651	40.566	40.566	2.911	32.347	32.347
2	1.610	17.889	58.455	1.610	17.889	58.455	2.350	26.108	58.455
3	0.933	10.368	68.824						
4	0.802	8.913	77.737						
5	0.580	6.450	84.187						
6	0.448	4.973	89.160						
7	0.380	4.226	93.386						
8	0.346	3.844	97.230						
9	0.249	2.770	100.000						

Na análise de componentes principais foi efetuada aos 9 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 241 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise ( $KMO = 0.785$ ). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (36) = 775.414,  $p$  menor que 0.001], indicou que

as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explicaram 58.46% da variância.

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 3.65 e 1.61. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente 1.

Tabela 13. Análise de componente principais sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser para os pacientes (N=241).

	Comunalidades	I	II
P1.7. - Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	0.770	0.877	0.044
P1.9. - Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	0.697	0.819	0.165
P1.6. - Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais).	0.682	0.811	0.156
P1.8. - Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	0.542	0.717	0.168
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	0.264	0.439	0.265
P1.3. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	0.604	0.140	0.764
P1.4. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	0.587	0.094	0.760
P1.5. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	0.586	0.122	0.756
P1.2. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	0.529	0.254	0.682
<i>Eigenvalues</i>		3.65	1.61
% da variância	58.5	40.6	17.9

#### Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* parcelar (Tabela 14), tendo-se obtido o valor de 0.799, para os cinco itens da componente I, considerado de “Bom”.

Tabela 14. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241)

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.799	5

Na Tabela 15, podemos observar o valor do *alfa de Cronbach* para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes (superiores a 0.725), todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma

característica. O *alfa de Cronbach* quando omitido o item P1.1. - “Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.”, o valor do alfa é o mais elevado (0.841).

Tabela 15. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente I relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	30.91	50.963	0.365	0.841
P1.6. - Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais).	27.93	47.696	0.641	0.743
P1.7. - Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	27.67	48.205	0.701	0.729
P1.8. - Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	28.30	49.160	0.576	0.763
P1.9. - Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	28.50	46.293	0.699	0.725

Como base na tabela seguinte (Tabela 16), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos cinco itens em que as respostas dos pacientes quanto às perceções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde para a componente I são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 16. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas a gestão da organização da Unidade de Saúde, relativo à componente I para os pacientes (N=241).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	3461.205	240	14.422		
Entre pessoas Entre itens	1622.929	4	405.732	140.277	0.000
Entre pessoas Resíduo	2776.671	960	2.892		
Total	4399.600	964	4.564		
Total	7860.805	1204	6.529		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 17), encontrou-se o valor de 0.754, para os quatro itens da componente II, considerado de “Bom”.

Tabela 17. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente II relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.754	4



Os alfas da subescala respeitante à componente II apresentam valores menores que o coeficiente resultante ( $\alpha = 0.754$ ).

*Tabela 18. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo à componente II relacionada com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os pacientes (N=241).*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.2. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	17.60	37.833	0.525	0.711
P1.3. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	17.90	37.757	0.583	0.679
P1.4. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	16.89	37.725	0.539	0.704
P1.5. - Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	16.69	38.874	0.557	0.694

Itens cuja exclusão aumentam o alfa da subescala para valores maiores que o coeficiente resultante ( $\alpha = 0.799$  e  $\alpha = 0.754$ ) terão correlação item-total menor que a média e prejudicam a confiabilidade do instrumento. Consequentemente, itens cuja exclusão diminuem o alfa para valores menores terão correlação item total maior que a média. Por esta análise, o item com pior qualidade psicométrica da subescala representada pelo componente 1 foi o item P1.1. Observa-se que é também o item com o pior valor do quadrado do coeficiente de correlação múltipla. Portanto, o item P1.1. seria um bom candidato à exclusão caso houvesse uma redução muito grande do alfa ou caso a correlação item-total fosse muito baixa (menor que 0.2), o que não é o caso.

*Tabela 19. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes quanto às componentes relacionadas a gestão da organização da Unidade de Saúde, relativo à componente II. (N=241).*

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	3750.963	240	15.629		
Entre itens	238.211	3	79.404	20.665	0.000
Entre pessoas Resíduo	2766.539	720	3.842		
Total	3004.750	723	4.156		
Total	6755.713	963	7.015		

A tabela 19 (acima), demonstra que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos pacientes quanto às perceções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde para a componente II são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

### 5.1.2 Experiência durante a estada na unidade de saúde

#### Alínea a) - Análise descritiva

A Tabela 20 apresenta as medidas descritivas quanto à percepção dos pacientes relativamente à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde, onde se pode verificar que a questão com a média mais elevada foi, “Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes.”, com 8.05, considerando que esta escala é baseada numa escala de *Likert* que varia entre 1 e 10.

A pergunta menos pontuada (5.94) foi a P2.8. “Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).”, seguida pela P2.7. (“Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.”). Na terceira posição surge a questão P2.11. (“Foi visitado e ou atendido por mais que um médico”), com o score 6.63 de média e com a maior variância de respostas (10.060).

Tabela 20. Estatística descritiva das respostas dos pacientes quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

	Média	Variância	Assimetria	Erro Padrão	Curtose	Erro Padrão
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	7.65	5.338	-0.884	0.157	0.101	0.312
P2.2. - Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	7.59	5.426	-0.880	0.157	0.141	0.312
P2.3. - Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	7.42	6.453	-0.747	0.157	-0.366	0.312
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	7.03	7.299	-0.659	0.157	-0.537	0.312
P2.5. - Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	7.47	6.167	-0.812	0.157	-0.221	0.312
P2.6. - A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	7.55	4.765	-0.834	0.157	0.158	0.312
P2.7. - Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	6.58	8.478	-0.492	0.157	-0.901	0.312
P2.8. - Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	5.94	8.692	-0.092	0.157	-1.212	0.312
P2.9. - Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	7.98	5.445	-1.074	0.157	0.327	0.312
P2.10. - Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	8.05	5.993	-1.343	0.157	0.989	0.312
P2.11. - Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	6.63	10.060	-0.523	0.157	-1.085	0.312

**Alínea b) - Alpha Cronbach global**

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 21), tendo-se obtido o valor de 0.896, para os 11 itens, considerado de “Bom”, a consistência interna de um teste ou um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto (George & Mallery, 2003). A consistência interna da escala, e assim, o  $\alpha$  pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951).

*Tabela 21. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde. (N=241).*

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.896	11

A consistência interna da escala, quando excluído qualquer um dos onze itens desta, mantêm-se com um alfa de Cronbach “Bom” com valores muito próximos do “Excelente” (Tabela 22).

Tabela 22. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	72.24	334.665	0.710	0.883
P2.2. - Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	72.29	330.867	0.752	0.880
P2.3. - Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	72.46	326.716	0.728	0.881
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	72.85	324.511	0.701	0.882
P2.5. - Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	72.41	325.085	0.768	0.879
P2.6. - A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	72.33	339.306	0.695	0.884
P2.7. - Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	73.31	324.147	0.643	0.886
P2.8. - Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	73.95	337.693	0.495	0.896
P2.9. - Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	71.90	350.378	0.506	0.893
P2.10. - Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	71.83	344.625	0.543	0.891
P2.11. - Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	73.26	336.075	0.463	0.899

A tabela 23, demonstra que existem pelo menos dois dos onze itens em que as respostas dos pacientes quanto às perceções à “experiência durante a sua estada na unidade de saúde”, são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0,05).

Tabela 23. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	8727.159	240	36.363		
Entre itens	1018.936	10	101.894	26.990	0.000
Entre pessoas Resíduo	9060.700	2400	3.775		
Total	10079.636	2410	4.182		
Total	18806.795	2650	7.097		

### Alínea c) - Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante à quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde apresenta valores de comunalidades superiores a 0.519 para todos os itens com exceção dos itens P2.8. (“Foi

atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas)”) e P2.11. (“Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.”), com 0.339 e 0.417, respetivamente.

*Tabela 24. Análise de componente principal e cargas fatoriais dos itens respostas quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde para os pacientes (N=241).*

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	7.65	2.310	0.668
P2.2. - Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	7.59	2.329	0.696
P2.3. - Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	7.42	2.540	0.714
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	7.03	2.702	0.675
P2.5. - Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	7.47	2.483	0.720
P2.6. - A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	7.55	2.183	0.619
P2.7. - Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	6.58	2.912	0.519
P2.8. - Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	5.94	2.948	0.339
P2.9. - Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	7.98	2.334	0.684
P2.10. - Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	8.05	2.448	0.650
P2.11. - Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	6.63	3.172	0.417

O KMO, mostrado abaixo (Tabela 25) quanto à experiência do paciente durante a sua estada na unidade de saúde, indica a adequação do tamanho da amostra, valores acima de 0.9 são “Excelentes”. Os autores Kaiser & Rice (1974) indicam que, para a adequação de ajuste de um modelo de análise fatorial o valor de KMO deve ser maior que 0.8. Os resultados obtidos para as duas medidas (Teste de esfericidade de Bartlett e Medida de adequacidade da amostra) indicam que a análise fatorial é adequada.

*Tabela 25. Teste de KMO e Bartlett quanto à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde para os pacientes (N=241).*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	0.902
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado
	gl
	Sig.
	1364.080
	55
	0.000

A tabela 26 mostra a variância total explicada, com os autovalores ("eigenvalues") correspondentes a cada fator. Na tabela os 11 possíveis fatores (o número máximo de

variáveis) são apresentados com seus autovalores iniciais, após extração e após rotação. Nas colunas de autovalores iniciais são mostrados os autovalores, o percentual da variância que os fatores são capazes de explicar, e o percentual de variância explicada acumulado em cada fator. Nas três colunas seguintes, os valores dos fatores mantidos na análise após a extração são apenas repetidos e os valores dos fatores excluídos são omitidos. Na última coluna encontram-se os autovalores dos fatores após rotação. A rotação otimiza a estrutura fatorial e, como consequência, a importância relativa dos fatores remanescentes é equalizada.

Tabela 26. Variância total explicada quanto à experiência do paciente durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

Cp	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
		variância	cumulativa		variância	cumulativa		variância	cumulativa
1	5.668	51.528	51.528	5.668	51.528	51.528	4.400	39.995	39.995
2	1.033	9.394	60.922	1.033	9.394	60.922	2.302	20.927	60.922
3	0.838	7.621	68.543						
4	0.704	6.400	74.943						
5	0.617	5.605	80.548						
6	0.519	4.715	85.263						
7	0.459	4.177	89.440						
8	0.414	3.768	93.207						
9	0.319	2.903	96.111						
10	0.233	2.118	98.229						
11	0.195	1.771	100.000						

Na análise de componentes principais foi efetuada aos 11 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 241 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0.902). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (55) = 1364.080, p menor que 0.001], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor ("eigenvalue") maior que 1 e explicaram 60.92% da variância.

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 5.67 e 1.03. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente 1

Tabela 27. Análise de componente principais sobre a experiência do paciente durante a sua estada na unidade de saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=241).

	Comunalidades	I	II
P2.3. - Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	0.714	0.821	0.199
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	0.675	0.802	0.177
P2.5. - Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	0.720	0.791	0.307
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	0.668	0.775	0.259
P2.2. - Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	0.696	0.766	0.331
P2.6. - A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	0.619	0.729	0.297
P2.7. - Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	0.519	0.653	0.305
P2.9. - Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	0.684	0.177	0.808
P2.10. - Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	0.650	0.243	0.769
P2.11. - Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	0.417	0.250	0.596
P2.8. - Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	0.339	0.399	0.423
<i>Eigenvalues</i>		5.67	1.03
% da variância	60.9	51.5	9.4

#### Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 28), tendo-se obtido o valor de 0.909, para os sete itens da componente I, considerado de “Muito Bom”.

Tabela 28. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde. (N=241).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.909	7

Na tabela 29 podemos observar o valor do alfa de Cronbach para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes (superiores a 0.890), todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O *alfa de Cronbach* quando omitido o item P2.7. - “Foi solicitada a sua

opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.”, o valor do alfa é o mais elevado (0.909).

Tabela 29. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente I respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241.)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	43.64	151.740	0.741	0.895
P2.2. - Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	43.70	149.962	0.769	0.892
P2.3. - Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	43.87	146.032	0.762	0.892
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	44.25	144.615	0.729	0.896
P2.5. - Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	43.82	146.067	0.784	0.890
P2.6. - A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	43.73	155.721	0.712	0.898
P2.7. - Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	44.71	146.149	0.634	0.909

Como base na tabela seguinte (Tabela 30), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos sete itens em que as respostas dos pacientes quanto “às perceções relativas à experiência durante a sua estada na unidade de saúde”, para a componente I são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 30. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde, relativa à componente I (N=241).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	6832.178	240	28.467		
Entre itens	216.828	6	36.138	14.026	0,000
Entre pessoas	3710.030	1440	2.576		
Resíduo	3926.857	1446	2.716		
Total	10759.035	1686	6.381		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 31), tendo-se obtido o valor de 0.670, para os quatro itens da componente II, considerado de “Suficiente”.

Tabela 31. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente II relacionada com experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.670	4



Na tabela 32, podemos observar o valor do alfa de Cronbach para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes (superiores a 0.577), todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O *alfa de Cronbach* quando omitido o item P2.8. - “Foi atendido sem atrasos enquanto estive na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).”, o valor do alfa é o mais elevado (0.638).

Tabela 32. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído relativo à componente II, respeitante à experiência dos pacientes durante a sua estada na unidade de saúde (N=241).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.8. - Foi atendido sem atrasos enquanto estive na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	22.66	37.392	0.405	0.638
P2.9. - Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	20.62	40.204	0.508	0.577
P2.10. - Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	20.54	39.316	0.501	0.577
P2.11. - Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	21.97	34.628	0.428	0.628

Como base na tabela seguinte (Tabela 33), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos pacientes quanto “à experiência durante a sua estada na unidade de saúde.”, para a componente II são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 33. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos à experiência durante a sua estada na unidade de saúde, relativa à componente I (N=241)..

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas		3640.490	240	15.169		
	Entre itens	782.838	3	260.946	52.114	0,000
Entre pessoas	Resíduo	3605.162	720	5.007		
	Total	4388.000	723	6.069		
Total		8028.490	963	8.337		

### 5.1.3 Ocorrência de Eventos Adversos e Avaliação da Percepção da Segurança do Doente

#### Alínea a) - Análise descritiva

Os pacientes quando questionados se “Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?”, uma minoria respondeu de positivamente (7.5%). Desses uma grande maioria (83.3%) descreveu qual o incidente que sofreu (Tabelas 34 e 35)

Tabela 34. Frequências de resposta à pergunta 3, “Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?”

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Válido	Sim	18	7.5	7.5	7.5
	Não	223	92.5	92.5	100.0
Total		241	100.0	100.0	

Tabela 35. Frequências de resposta à pergunta 3, “Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?”, quanto à descrição do Incidente.

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Incidente <sup>a</sup>	15	83.3%	3	16.7%	18	100.0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1

Dos quinze pacientes respondentes obteve um total de vinte e quatro respostas, destaca-se P1.- “Teve alguma Infecção enquanto estava hospitalizado.” e P5. - “Os médicos enganaram-se no seu diagnóstico”, ambas com seis respostas. Todos os outros incidentes ocorreram em igual número de vezes, três (Tabela 36).

Tabela 36. Frequências de resposta quanto ao tipo de Incidente.

Incidente <sup>a</sup>	Respostas		% de casos
	N	%	
P1. - Teve alguma Infecção enquanto estava hospitalizado.	6	25.0%	40,0%
P2. - Teve uma reação alérgica devida a medicamentos, alimentos, material clínico, transfusão de sangue durante o seu internamento.	3	12.5%	20,0%
P3. - Foi reoperado de forma imprevista após a sua cirurgia inicial.	3	12.5%	20,0%
P4. - Caiu, fez uma fratura ou fez alguma ferida durante a sua hospitalização.	3	12.5%	20,0%
P5. - Os médicos enganaram-se no seu diagnóstico.	6	25.0%	40,0%
P6. - Foi trocada a sua identidade com outro doente.	3	12.5%	20,0%
Total	24	100.0%	160.0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Na tabela 37 os doentes quanto à sua experiência em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu, manifestaram médias nas respostas inferiores a 5.72, destacando-se com

valores mais baixos P5. “Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.” e P6. “Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.”, 3.89 e 3.94, respectivamente.

*Tabela 37. Estatística descritiva das respostas dos doentes quanto à sua experiência em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).*

	Média	Variância	Assimetria		Curtose	
			Erro Padrão	Erro Padrão	Erro Padrão	Erro Padrão
P5.1. - O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	5.72	6.448	0.035	0.536	-0.931	1.038
P5.2. - O erro clínico foi resolvido com rapidez.	5.39	9.075	-0.145	0.536	-1.339	1.038
P5.3. - A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	5.11	6.810	0.780	0.536	-0.312	1.038
P5.4. - Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	4.22	11.477	0.888	0.536	-0.750	1.038
P5.5. - Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	3.89	10.458	1.028	0.536	-0.419	1.038
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	3.94	11.820	0.903	0.536	-0.864	1.038

Da totalidade da amostra de pacientes (n=241), apenas 2.5 % manifestaram sensação de insegurança quanto aos cuidados de saúde prestados por parte dos profissionais durante o tempo em que esteve na unidade de saúde. Quase um quinto de pacientes (n=47) não consegue estabelecer qual a sua “Sensação de Segurança”.

*Tabela 38. Frequências de resposta à pergunta, “Sensação de segurança que reteve dos cuidados de saúde prestados por parte dos profissionais durante o tempo em que esteve na unidade de saúde” (N=241).*

Classificação	Frequência	%	% Cumulativa
muito insegura	2	0.8	0.8
bastante insegura	4	1.7	2.5
ligeiramente insegura	8	3.3	5.8
nem segura/nem insegura	47	19.5	25.3
ligeiramente segura	52	21.6	46.9
bastante segura	91	37.8	84.6
muito segura	37	15.4	100.0

#### **Alínea b) - Alpha Cronbach global**

A amostra de pacientes respondentes favoravelmente à ocorrência de incidentes clínicos embora reduzida decidiu-se determinar o Alpha Cronbach.

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 39), tendo-se obtido o valor de 0.904, para

os 6 itens, considerado de “Muito Bom”, revelando que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto.

Tabela 39. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.904	6

A consistência interna da escala, quando excluído qualquer um dos seis itens desta, mantêm-se com um *alfa de Cronbach* “Bom” (P2, P3, P5 e P6) e com valores de “Excelente” (P1 e P4) (Tabela 40).

Tabela 40. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P5.1. - O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	22.56	185.791	0.509	0.916
P5.2. - O erro clínico foi resolvido com rapidez.	22.89	161.752	0.740	0.887
P5.3. - A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	23.17	162.853	0.868	0.872
P5.4. - Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	24.06	165.938	0.574	0.914
P5.5. - Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	24.39	146.958	0.894	0.862
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	24.33	142.824	0.887	0.863

Tabela 41. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

	Soma dos Quadrados	Gl	Quadrado Médio	F	Sig	
Entre pessoas	644.602	17	37.918			
Entre pessoas	Entre itens	56.602	5	11.320	3.115	0.000
Entre pessoas	Resíduo	308.898	85	3.634		
	Total	365.500	90	4.061		
Total		1010.102	107	9.440		

Tomando como base a tabela anterior (Tabela 41), pode-se concluir que existe pelo menos dois itens com desempenho significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0,000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

### Alínea c) - Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante à experiência dos doentes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu, apresenta valores de comunalidades superiores a 0.796 para todos. Os itens P5.1. (“O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.”) e P5.6. (“Foi informado de que seriam tomadas medidas para

que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.”), apresentaram os valores mais elevados, com 0.908 e 0.915, respetivamente.

Tabela 42. Análise de componente principal e cargas fatoriais dos itens respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P5.1. - O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	5.72	2.539	0.908
P5.2. - O erro clínico foi resolvido com rapidez.	5.39	3.013	0.801
P5.3. - A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	5.11	2.610	0.849
P5.4. - Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	4.22	3.388	0.796
P5.5. - Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	3.89	3.234	0.893
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	3.94	3.438	0.915

Na análise de componentes principais foi efetuada aos 6 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 18 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0,792).

O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (15) = 83.075, p menor que 0.001], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise.

Tabela 43. Teste de KMO e Bartlett quanto à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	0.792
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado
	gl
	Sig.
	83.075
	15
	0.000

Na Tabela 44 análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explicaram 85.02% da variância.

Tabela 44. Variância total explicada quanto à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

Cp	Autovalores iniciais			Sommas de extração de carregamentos ao quadrado			Sommas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4.152	69.206	69.206	4.152	69.206	69.206	3.000	49.996	49.996
2	1.009	16.808	86.015	1.009	16.808	86.015	2.161	36.019	86.015
3	0.405	6.747	92.762						
4	0.261	4.347	97.109						
5	0.120	1.998	99.107						
6	0.054	0.893	100.000						

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 4.15 e 1.00. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente 1.

Tabela 45. Análise das componentes principais respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18). Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=18).

	Comunalidades	I	II
P5.4. - Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	0.796	0.891	-0.038
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	0.915	0.865	0.408
P5.5. - Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	0.893	0.820	0.469
P5.3. - A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	0.849	0.763	0.516
P5.1. - O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	0.908	0.077	0.950
P5.2. - O erro clínico foi resolvido com rapidez.	0.801	0.442	0.778
<i>Eigenvalues</i>		4.15	1.00
% da variância	86.0	69.2	16.8

#### Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 46), tendo-se obtido o valor de 0.920, para os quatro itens da componente I, considerado de “Muito Bom”.

Tabela 46. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente I relacionada com a experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.920	4

Na Tabela 47, podemos observar o valor do *alfa de Cronbach* para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes (superiores a 0.855), todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O *alfa de Cronbach* quando omitido o item P4. - “Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.”, o valor do alfa é o mais elevado (0.954).

Tabela 47. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P3. - A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	12.06	83.350	0.852	0.893
P4. - Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	12.94	79.938	0.649	0.954
P5. - Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	13.28	71.859	0.883	0.872
P6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	13.22	66.889	0.925	0.855

Através da tabela seguinte (Tabela 48.), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos pacientes quanto “à experiência dos doentes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu”, para a componente I não são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.100 (maior que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 48. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu, para a componente I (N=18).

	Soma dos Quadrados	Gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	555.625	17	32.684		
Entre itens	17.264	3	5.755	2.190	0,100
Entre pessoas Resíduo	133.986	51	2.627		
Total	706.875	71	9.956		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 49.), observam-se os dois itens da componente II o valor de 0.816, considerado de “Bom”.

Tabela 49. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente II relacionada com a experiência dos pacientes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.816	2

Na tabela 50, no valor do alfa de Cronbach, não foi feita a extração do item porque não se justifica, por se tratar apenas de dois itens.

Tabela 50. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, respeitante à experiência dos doentes em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu (N=18).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1. - O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	5.39	9.075	0.699	
P2. - O erro clínico foi resolvido com rapidez.	5.72	6.448	0.699	

Como base na tabela seguinte (Tabela 51), pode-se concluir que existem entre os dois itens em que as respostas dos pacientes quanto “ao incidente (erro clínico) que sofreu.”, para a componente II não são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.528 (maior que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 51. Análise de variância (ANOVA) para os pacientes relativos ao incidente (erro clínico) que sofreu, para a componente II (N=18).

	Soma dos Quadrados	Gl	Quadrado Médio	F	Sig	
Entre pessoas	222.889	17	13.111			
Entre pessoas	Entre itens	1.000	1	1.000	0.415	0.528
Entre pessoas	Resíduo	41.000	17	2.412		
	Total	42.000	18	2.333		
Total	264.889	35	7.568			

#### Alínea e) - Diferenças - comparação de médias entre as componentes

##### Comparação entre as médias das componentes obtidas da percepção do paciente quanto à segurança por local (Hospital e Centro de Saúde).

Na tabela 52 observa-se a análise da significância da homogeneidade de variâncias para as componentes encontradas entre os pacientes provenientes do Hospital e o Centro de Saúde. No resultado do teste para variâncias iguais (Teste de *Levene*). Relativamente à componente 1.1, o valor de p para o teste *Levene* é 0.316, não se rejeita a hipótese de variâncias iguais. Quanto ao teste *t* a ser utilizado é o que aparece na primeira linha (*Equal Variances Assumed*), considerando que  $p < 0.000$  (*Sig 2-tailed*), rejeita-se a hipótese nula ( $H_0$ ) de igualdade das médias dos dois grupos, logo, pode-se concluir que as médias da variável “em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde” são significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes respondentes no hospital e os do centro de saúde.



Tabela 52. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre os pacientes respondentes no Hospital (N=157) e os do Centro de Saúde (N=84) nas componentes principais encontradas.

Questionário		Hospital		Centro de Saúde		Levene's test		t-test	
		Média	DP	Média	DP	F	P	t	P
Perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde	CP 1.1	0.16	1.01	-0.29	0.92	1.010	0.316	3.411	0.001
	CP 1.2	-0.03	1.09	0.06	0.81	9.196	0.003	0.788	0.432
Perceção em relação à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde	CP 2.1	0.07	0.99	-0.12	1.01	0.360	0.549	1.400	0.163
	CP 2.2	0.19	1.00	-0.35	0.90	0.430	0.513	4.082	0.000
Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?"	CP 3.1*	0.12	1.14	-0.23	0.68	2.559	0.129	0.682	0.505
	CP 3.2*	-0.02	0.84	0.04	1.36	0.452	0.511	0.106	0.917

\* Hospital (N=12) e Centro de Saúde (N=8)

Quanto à componente 2.1, o valor de p para o teste *Levene* é 0.513, não se rejeita a hipótese de variâncias iguais. Quanto ao teste *t* a ser utilizado é o que aparece na primeira linha (*Equal Variances Assumed*), considerando que  $p < 0.000$  (*Sig 2-tailed*), rejeita-se a hipótese nula (H0) de igualdade das médias dos dois grupos, logo, pode-se concluir que as médias da variável “em relação à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde” são significativamente diferentes entre os dois grupos de pacientes respondentes no hospital e os do centro de saúde.

#### **Alínea f) - Correlações (entre fatores: regressores) entre as componentes**

##### **Correlação entre as médias das componentes obtidas da perceção do doente quanto à segurança por local (Hospital e Centro de Saúde).**

Na tabela 53 podemos observar que as componentes 2.1 e 2.2 retiradas do questionário relativo à “Perceção em relação à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde” apresentam uma correlação positiva e moderada com a componente 1.1 do questionário sobre a “Perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde”, entre os pacientes respondentes no Hospital e no Centro de Saúde.

A associação é nula entre as componentes I e componentes II dos questionários um e dois.

Tabela 53. Correlações bivariadas entre Hospital (N=157) e Centro de Saúde (N=84) nas componentes principais extraídas da Segurança do Doente.

		CP 1.1	CP 1.2	CP 2.1	CP 2.2	CP 3.1	CP 3.2
Perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde	CP 1.1	1	0.000	.497**	.374**	-0.063	0.444
	CP 1.2		1	0.058	0.046	-0.095	0.439
Perceção em relação à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde	CP 2.1			1	0.000	0.036	0.032
	CP 2.2				1	0.101	0.344
Sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde?"	CP 3.1*					1	0.000
	CP 3.2*						1

\* Hospital (N=12) e Centro de Saúde (N=8)

## 5.2 Profissionais

### 5.2.1 Gestão e Organização da Unidade de Saúde

#### Alínea a) - Análise descritiva

A tabela 54 apresenta as medidas descritivas quanto à perceção dos profissionais relativamente à gestão e organização da Unidade de Saúde, onde se pode verificar que a questão com a média mais elevada foi, “Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente”, com 7.65, considerando que esta escala é baseada numa escala de *Likert* que varia entre 1 e 10.

Tabela 54. Estatística descritiva das respostas dos profissionais de saúde quanto à percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367).

	Média	Variância	Assimetria	Curtose	
				Erro Padrão	Erro Padrão
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	4.15	6.609	0.620	0.127	0.254
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	6.02	7.092	-0.252	0.127	0.254
P1.3. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	4.83	6.073	0.226	0.127	0.254
P1.4. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	5.96	6.455	-0.150	0.127	0.254
P1.5. - Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	6.39	5.857	-0.261	0.127	0.254
P1.6. - Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	6.77	6.446	-0.552	0.127	0.254
P1.7. - Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	7.65	4.545	-0.913	0.127	0.254
P1.8. - Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	6.88	5.524	-0.549	0.127	0.254
P1.9. - Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	6.49	5.961	-0.388	0.127	0.254

A questão menos pontuada e abaixo do ponto médio da escala foi a P1.1.- “Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.”, com 4.15 e imediatamente a seguir temos a P1.3. - “Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.”, com 4.83.

#### Alínea b) - Alpha Cronbach global

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 55), tendo-se obtido o valor de 0.703, para os nove itens, considerado de “Moderado”, a consistência interna de um teste ou um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto (Landis & Koch, 1977).

Tabela 55. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo às componentes relacionadas com a gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.703	9

Na tabela 56, podemos observar o valor do alfa de Cronbach para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes, todos os itens

omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. Na exclusão de todos os itens à exceção do P1.2. a escala perde a sua força.

*Tabela 56. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativo às componentes relacionadas com a gestão da organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	51.00	121.593	0.305	0.692
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	49.13	125.453	0.217	0.710
P1.3. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	50.32	119.507	0.369	0.679
P1.4. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	49.19	119.790	0.346	0.684
P1.5. - Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	48.76	117.516	0.421	0.669
P1.6. - Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	48.38	111.292	0.518	0.649
P1.7. - Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	47.50	120.152	0.444	0.667
P1.8. - Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	48.27	118.897	0.411	0.672
P1.9. - Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	48.66	118.641	0.392	0.675

Como base na tabela seguinte (Tabela 57), pode-se concluir que existem pelo menos dois itens em que as respostas dos pacientes quanto às perceções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde são significativamente diferentes ao avaliar o valor- $p = 0.000$  (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

*Tabela 57. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais quanto às componentes relacionadas à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367).*

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	5915.717	366	16.163		
Entre itens	3351.134	8	418.892	87.272	0.000
Resíduo	14053.978	2928	4.800		
Total	17405.111	2936	5.928		
Total	23320.828	3302	7.063		

### **Alínea c) - Fatorial Exploratória**

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante à gestão e organização da Unidade de Saúde apresenta valores de comunalidades superiores a 0.534 para todos os itens com exceção do item P1.1. ("Existem recursos humanos em

número suficiente para dar resposta às necessidades.”) e P1.2. (“Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados”), 0.260 e 0.223, respetivamente.

Tabela 58. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367).

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	4.15	2.571	0.260
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	6.02	2.663	0.223
P1.3. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	4.83	2.464	0.534
P1.4. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	5.96	2.541	0.581
P1.5. - Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	6.39	2.420	0.579
P1.6. - Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	6.77	2.539	0.508
P1.7. - Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	7.65	2.132	0.656
P1.8. - Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	6.88	2.350	0.703
P1.9. - Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	6.49	2.442	0.693

O KMO, mostrado abaixo (Tabela 59), indica a adequação do tamanho da amostra, valores entre 0.7 e 0.8 são “bons”.

O teste de esfericidade de Bartlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. Um teste significativo (p menor que 0.05) mostra-nos que a matriz de correlações não é uma matriz de identidade, e que, portanto, há algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise.

Tabela 59. Teste de KMO e Bartlett respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367).

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.	0.731
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado
	gl
	Sig.
	794.699
	36
	0.000

Em seguida a tabela 60 mostra a variância total explicada, com os autovalores ("eigenvalues") correspondentes a cada fator.

Na tabela os 9 possíveis fatores (o número máximo de variáveis) são apresentados com seus autovalores iniciais, após extração e após rotação. Nas colunas de autovalores

iniciais são mostrados os autovalores, o percentual da variância que os fatores são capazes de explicar, e o percentual de variância explicada acumulado em cada fator. Nas três colunas seguintes, os valores dos fatores mantidos na análise após a extração são apenas repetidos e os valores dos fatores excluídos são omitidos. Na última coluna encontram-se os autovalores dos fatores após rotação. A rotação otimiza a estrutura fatorial e, como consequência, a importância relativa dos fatores remanescentes é equalizada.

Tabela 60. Variância total explicada respeitantes à gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais (N=367).

Cp	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2.771	30.784	30.784	2.771	30.784	30.784	2.484	27.603	27.603
2	1.965	21.836	52.620	1.965	21.836	52.620	2.252	25.018	52.620
3	0.955	10.610	63.230						
4	0.842	9.351	72.581						
5	0.642	7.132	79.713						
6	0.610	6.778	86.491						
7	0.469	5.213	91.704						
8	0.400	4.449	96.153						
9	0.346	3.847	100.000						

Na análise de componentes principais foi efetuada aos 9 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 367 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0.731). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (36) = 794.699, p menor que 0.000], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor ("eigenvalue") maior que 1 e explicaram 52.62% da variância.

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 2.77 e 1.97. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente 1

Tabela 61. Análise das componentes principais relativa à percepção dos profissionais sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=367).

	Comunalidades	I	II
P1.8. - Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	0.703	0.838	-0.025
P1.9. - Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	0.693	0.832	-0.029
P1.7. - Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	0.656	0.808	0.045
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	0.260	0.485	0.156
P1.4. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	0.581	-0.018	0.762
P1.5. - Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	0.579	0.082	0.756
P1.3. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	0.534	0.016	0.731
P1.6. - Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	0.508	0.440	0.561
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	0.223	0.024	0.472
<i>Eigenvalues</i>		2.77	1.97
% da variância	52.6	30.8	21.8

#### Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (tabela 62), tendo-se obtido o valor de 0.741, para os quatro itens da componente I, considerado de “moderado”.

Tabela 62. Coeficiente de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente I relacionadas com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.741	4

Na tabela 63 podemos observar o valor do *alfa de Cronbach* para os itens restantes após a remoção do item P1.1. - “Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.”, o valor do alfa é o mais elevado (0.801), tornando a escala mais aferida quanto à avaliação do construto (“Bom”).

Tabela 63. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relacionada com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.1. - Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	21.03	34.431	0.328	0.802
P1.7. - Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	17.53	32.255	0.583	0.659
P1.8. - Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	18.29	29.241	0.636	0.622
P1.9. - Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	18.68	28.556	0.629	0.624

Como base na tabela seguinte (Tabela 64), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos profissionais quanto às percepções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde para a componente I são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 64. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais quanto à componente I relacionada à gestão e organização da Unidade de Saúde.

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas		4659.372	366	12.731		
	Entre itens	2505.063	3	835.021	252.825	0.000
Entre pessoas	Resíduo	3626.437	1098	3.303		
	Total	6131.500	1101	5.569		
Total		10790.872	1467	7.356		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* parcelar (Tabela 65), encontrou-se o valor de 0.741, para os quatro itens da componente II, considerado de "Bom".

Tabela 65. Coeficiente de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à componente II relacionadas com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,741	5

Os alfas da subescala respeitante à componente II apresentam valores menores que o coeficiente resultante ( $\alpha = 0.741$ ) (Tabela 66).



Tabela 66. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relacionada com a percepção sobre a gestão e organização da Unidade de Saúde para os profissionais de saúde (N=367).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	23.95	53.263	0.278	0.712
P1.3. - Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	25.14	48.067	0.498	0.616
P1.4. - Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	24.02	47.109	0.505	0.612
P1.5. - Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	23.58	46.976	0.552	0.593
P1.6. - Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	23.21	49.990	0.410	0.654

Itens cuja exclusão aumentam o alfa da subescala para valores maiores que o coeficiente resultante ( $\alpha = 0.741$  e  $\alpha = 0.741$ ) terão correlação item-total menor que a média e prejudicam a confiabilidade do instrumento. Conseqüentemente, itens cuja exclusão diminuem o alfa para valores menores terão correlação item total maior que a média. Por esta análise, o item com pior qualidade psicométrica da subescala representada pelo componente I foi o item P1.1. Observa-se que é também o item com o pior valor do quadrado do coeficiente de correlação múltipla. Portanto o item P1.1. seria um bom candidato à exclusão caso houvesse uma redução muito grande do alfa ou caso a correlação item-total fosse muito baixa (menor que 0.2), o que não é o caso.

Tabela 67. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais à componente II relacionada à gestão e organização da Unidade de Saúde (N=367).

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas		5208.956	366	14.232		
	Entre itens	773.070	4	193.268	43.698	0,000
Entre pessoas	Resíduo	6474.930	1464	4.423		
	Total	7248.000	1468	4.937		
Total		12456.956	1834	6.792		

A tabela 67 (acima), demonstra que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos profissionais quanto às percepções relativas à gestão e organização da Unidade de Saúde para a componente II são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

## 5.2.2 Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde

### Alínea a) - Análise descritiva

A Tabela 68, apresenta as medidas descritivas quanto à percepção dos pacientes relativamente à sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde, onde se pode verificar que a questão com a média mais elevada foi, “Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares.”, com 7.18, considerando que esta escala é baseada numa escala de *Likert* que varia entre 1 e 10.

A pergunta menos pontuada (4.50) foi a P2.11. “A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados.”, seguida pela P2.6. (“Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados.”), com 4.61. Na terceira posição em igualdade de médias surgem as questões P2.7. (“Teve formação sobre a gestão do risco”) e P2.12. (“A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados”), com o score 5.01 de média, é de salientar a maior variância de respostas (10.545) no item P2.7.

Tabela 68. Estatística descritiva das respostas dos profissionais de saúde quanto à percepção sobre a experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

	Média	Variância	Assimetria	Curtose		
				Erro Padrão		Erro Padrão
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	6.25	29.770	13.441	0.127	229.046	0.254
P2.2. - Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	7.04	5.329	-0.709	0.127	-0.270	0.254
P2.3. - Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	7.18	5.270	-0.817	0.127	-0.089	0.254
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	6.92	6.420	-0.582	0.127	-0.707	0.254
P2.5. - Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	6.84	5.057	-0.587	0.127	-0.369	0.254
P2.6. - Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	4.61	6.981	0.239	0.127	-1.026	0.254
P2.7. - Teve formação sobre a gestão do risco	5.06	10.545	0.133	0.127	-1.414	0.254
P2.8. - Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação	5.55	7.122	-0.023	0.127	-0.979	0.254
P2.9. - Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	4.66	7.248	-0.360	0.127	-0.858	0.254
P2.10. - Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	6.40	6.066	-0.238	0.127	-0.730	0.254
P2.11. - A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	4.50	7.491	0.344	0.127	-0.904	0.254
P2.12. - A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	5.06	6.628	0.067	0.127	-0.781	0.254

#### Alínea b) - Alpha Cronbach global

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 69), tendo-se obtido o valor de 0.819, para os 12 itens, considerado de “Bom”, a consistência interna de um teste ou um questionário é a extensão em que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto (George & Mallery, 2003). A consistência interna da escala, e assim, o  $\alpha$  pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951).

Tabela 69. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo aos profissionais quanto à percepção sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.819	12

A consistência interna da escala, quando excluído qualquer um dos doze itens desta, mantêm-se com um alfa de Cronbach “Bom”, demonstrando com este comportamento a robustez da escala (Tabela 70.)

*Tabela 70. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante aos profissionais sobre a sua percepção quanto à experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).*

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	65.51	315.098	0.375	0.841
P2.2. - Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	64.72	359.640	0.601	0.798
P2.3. - Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	64.57	360.245	0.598	0.799
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	64.84	351.214	0.631	0.795
P2.5. - Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	64.91	360.807	0.606	0.799
P2.6. - Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	67.14	358.843	0.517	0.803
P2.7. - Teve formação sobre a gestão do risco	66.69	350.285	0.467	0.807
P2.8. - Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação	66.20	350.593	0.599	0.796
P2.9. - Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	65.41	389.899	0.192	0.827
P2.10. - Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	65.35	362.513	0.523	0.803
P2.11. - A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	67.26	360.191	0.480	0.805
P2.12. - A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	66.70	360.556	0.516	0.803

A tabela 71, demonstra que existem pelo menos dois dos doze itens em que as respostas dos profissionais quanto às percepções à “sua experiência na prestação dos cuidados de saúde.”, são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 71. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais sobre a sua percepção quanto à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	12736.661	366	34.800		
Entre itens	3854.608	11	350.419	55.760	0.000
Entre pessoas	25300.892	4026	6.284		
Resíduo	29155.500	4037	7.222		
Total	41892.161	4403	9.514		

### Alínea c) - Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante aos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, apresenta valores de comunalidades elevados a 0.838 como é o caso do item P2.9. (“Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro”) em oposição ao item P2.1. (“Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde.”), com 0.224 (M=6.25; Dp= 5.456), respetivamente.

Tabela 72. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respostas sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367).

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	6.25	5.456	0.224
P2.2. - Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	7.04	2.309	0.642
P2.3. - Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	7.18	2.296	0.744
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	6.92	2.534	0.740
P2.5. - Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	6.84	2.249	0.746
P2.6. - Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	4.61	2.642	0.397
P2.7. - Teve formação sobre a gestão do risco	5.06	3.247	0.384
P2.8. - Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação	5.55	2.669	0.564
P2.9. - Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	6.34	2.692	0.838
P2.10. - Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	6.40	2.463	0.496
P2.11. - A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	4.50	2.737	0.712
P2.12. - A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	5.06	2.574	0.707

O KMO, mostrado abaixo (tabela 73) quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde, indica a adequação do tamanho da amostra, valor acima de 0.8 é

classificado de “Bom”. Os autores Kaiser & Rice (1977) indicam que, para a adequação de ajuste de um modelo de análise fatorial o valor de KMO deve ser maior que 0.8. Os resultados obtidos para as duas medidas (Teste de esfericidade de Bartlett e Medida de adequabilidade da amostra) indicam que a análise fatorial é adequada.

Tabela 73. Teste de KMO e Bartlett sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367).

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0.833
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1733.028
	gl	66
	Sig.	0.000

A tabela 74 mostra a variância total explicada, com os autovalores ("eigenvalues") correspondentes a cada fator. Na tabela os doze possíveis fatores (o número máximo de variáveis) são apresentados com seus autovalores iniciais, após extração e após rotação. Nas colunas de autovalores iniciais são mostrados os autovalores, o percentual da variância que os fatores são capazes de explicar, e o percentual de variância explicada acumulado em cada fator. Nas três colunas seguintes, os valores dos fatores mantidos na análise após a extração são apenas repetidos e os valores dos fatores excluídos são omitidos. Na última coluna encontram-se os autovalores dos fatores após rotação. A rotação otimiza a estrutura fatorial e, como consequência, a importância relativa dos fatores remanescentes é equalizada.

Tabela 74. Variância total explicada sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde (N=367).

Cp	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	4.704	39.199	39.199	4.704	39.199	39.199	3.302	27.519	27.519
2	1.455	12.124	51.323	1.455	12.124	51.323	2.601	21.676	49.195
3	1.034	8.613	59.936	1.034	8.613	59.936	1.289	10.741	59.936
4	0.975	8.122	68.058						
5	0.839	6.991	75.049						
6	0.703	5.855	80.904						
7	0.685	5.706	86.609						
8	0.435	3.622	90.232						
9	0.358	2.987	93.219						
10	0.333	2.773	95.992						
11	0.267	2.223	98.215						
12	0.214	1.785	100.000						

Na análise de componentes principais efetuada aos doze itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 367 participantes. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0.833). O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (77) = 1733.028, p menor que 0.000], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise. A análise inicial mostrou que três componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explicaram 59.9% da variância.

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 5.70, 1.46 e 1.03. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente I

Tabela 75. Análise das componentes principais sobre a percepção dos profissionais quanto à experiência do profissional na prestação de cuidados de saúde. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=367).

	Comunalidades	I	II	III
P2.3. - Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	0.744	0.847	0.122	0.111
P2.5. - Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	0.746	0.841	0.179	0.077
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	0.740	0.833	0.197	0.082
P2.2. - Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	0.642	0.770	0.220	0.018
P2.6. - Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	0.397	0.466	0.315	0.284
P2.11. - A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	0.712	0.055	0.842	0.023
P2.12. - A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	0.707	0.142	0.828	0.011
P2.8. - Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação	0.564	0.286	0.632	0.288
P2.7. - Teve formação sobre a gestão do risco	0.384	0.319	0.532	0.013
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	0.224	0.273	0.308	0.233
P2.9. - Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	0.838	0.009	-0.008	0.915
P2.10. - Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	0.496	0.303	0.443	0.455
<i>Eigenvalues</i>		4.70	1.46	1.03
% da variância	59.9	39.2	12.1	8.6

**Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)**

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 76), tendo-se obtido o valor de 0.851, para os cinco itens da componente I, considerado de "Bom".

Tabela 76. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente I (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.851	5

Na tabela 77, podemos observar o valor do alfa de Cronbach para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes, todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O alfa de Cronbach quando omitido o item P2.6. - "Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados.", o valor do alfa é o mais elevado (0.877).

Tabela 77. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.2. - Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	25.56	62.040	0.651	0.823
P2.3. - Na necessidade. consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	25.41	59.756	0.733	0.803
P2.4. - Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	25.67	55.855	0.760	0.793
P2.5. - Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	25.75	59.997	0.746	0.800
P2.6. - Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	27.98	64.562	0.459	0.877

Como base na tabela seguinte (Tabela 78), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos cinco itens em que as respostas dos profissionais quanto "às percepções relativas à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde.", para a componente I são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).



Tabela 78. Análise de variância (ANOVA) sobre a percepção dos profissionais quanto à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente I (N=367).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	6664.938	366	18.210		
Entre itens	1689.392	4	422.348	155.755	0,000
Entre pessoas	Resíduo	3969.808	1464	2.712	
Total	5659.200	1468	3.855		
Total	12324.138	1834	6.720		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 79), tendo-se obtido o valor de 0.662, para os cinco itens da componente II, considerado de "Suficiente".

Tabela 79. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente II (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.662	5

Na tabela 80, podemos observar o valor do *alfa de Cronbach* para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são bastante consistentes (superiores a 0.570), todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O *alfa de Cronbach* quando omitido o item P2.1. - "Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde.", o valor do alfa é o mais elevado (0.747).

Tabela 80. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.1. - Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	20.17	72.279	0.311	0.747
P2.7. - Teve formação sobre a gestão do risco	21.35	92.929	0.438	0.601
P2.8. - Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados. sente-se seguro quando faz a notificação	20.86	95.134	0.551	0.570
P2.11. - A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	21.92	95.398	0.524	0.578
P2.12. - A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	21.36	98.581	0.503	0.590

Como base na tabela seguinte (Tabela 81), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos profissionais quanto "à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde.", para a componente II são significativamente

diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 81. Análise de variância (ANOVA) sobre a percepção dos profissionais quanto à sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente II (N=367).

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas		9583.443	366	26.184		
	Entre itens	628.894	4	157.223	17.779	0,000
Entre pessoas	Resíduo	12946.306	1464	8.843		
	Total	13575.200	1468	9.247		
Total		23158.643	1834	12.627		

No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 82.), obteve-se o valor de 0.351, para os dois itens da componente III, considerado de "pequeno" ou "inaceitável", explicável devido ao número reduzido de itens que o compõe.

Tabela 82. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde, para a componente III (N=367).

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.351	2

Não faz sentido estudar o *alfa de Cronbach*, uma vez que a componente III é formada apenas por dois itens.

Tabela 83. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal III e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído respeitante à percepção dos profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P2.9. - Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	6.40	6.066	0.214	
P2.10. - Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	6.34	7.248	0.214	

Quanto à relação que se estabelece entre os itens e de acordo com os resultados não é possível demonstrá-la (Tabela 84).

Tabela 84. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde (N=367).

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas		2955.717	366	8.076		
	Entre itens	0.659	1	0.659	0.126	0.723
Entre pessoas	Resíduo	1917.341	366	5.239		
	Total	1918.000	367	5.226		
Total		4873.717	733	6.649		

### 5.2.3 Notificação de Eventos Adversos e Avaliação da Percepção da Segurança do Doente

#### Alínea a) - Análise descritiva

Os profissionais quando questionados se “Já notificou algum advento adverso na sequência da prestação de cuidados?”, cerca de um terço respondeu positivamente (31.6%). Desses uma grande maioria (93.1%) descreveu qual o incidente que sofreu (tabela 85 e 86).

Tabela 85. Frequências de resposta à pergunta 3, “Já notificou algum evento adverso na sequência da prestação de cuidados?”.

		Frequência	%	% válida	% cumulativa
Válido	Sim	116	31.6	31.6	31.6
	Não	251	68.4	68.4	100.0
Total		367	100.0	100.0	

Tabela 86. Frequências de resposta à pergunta 3, “Já notificou algum advento adverso na sequência da prestação de cuidados?”, quanto à descrição do evento adverso.

	Casos					
	Válido		Omisso		Total	
	N	%	N	%	N	%
Incidente <sup>a</sup>	108	93.1%	8	6.9%	116	100.0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Dos cento e oito profissionais respondentes obteve-se um total de 241 respostas, destacam-se P4.7.- “Queda.” e P4.1.- “Falta de identificação do doente”, 58 e 46 respostas, respetivamente. O evento adverso menos reportado foi o desaparecimento de documentação (4.1%) (Tabela 87).

Tabela 87. Frequências de resposta quanto ao tipo de evento adverso notificado (N=108).

Incidente	Respostas		
	N	%	% de casos
Incidente <sup>a</sup> P4.1. - Falta de identificação do doente	46	19.1%	42.6%
P4.2. - Existência de barreiras linguísticas	19	7.9%	17.6%
P4.3. - Erro na avaliação da situação clínica do doente	16	6.6%	14.8%
P4.4. - Erro na administração de medicamento	28	11.6%	25.9%
P4.5. - Complicação pós cirúrgica	20	8.3%	18.5%
P4.6. - Infecção associada a cuidados de saúde	20	8.3%	18.5%
P4.7. - Queda	58	24.1%	53.7%
P4.8. - Desaparecimento de documentação	10	4.1%	9.3%
P4.9. - Consentimento informado não preenchido/assinado	24	10.0%	22.2%
Total	24	241	100.0%

a. Grupo de dicotomia tabulado no valor 1.

Na tabela 88, os profissionais quanto à sua experiência em relação ao evento adverso, manifestaram médias nas respostas superiores a 4.36, destacando-se com valores mais elevados P5.1. "O evento adverso foi resolvido de forma eficaz." e P5.7. "Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou.", 6.34 e 6.68, respectivamente.

Tabela 88. Estatística descritiva das respostas dos profissionais quanto à sua experiência em relação ao evento Adverso (N=116).

	Média	Variância	Assimetria	Curtose		
				Erro Padrão	Erro Padrão	
P5.1. - O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	6.34	7.793	-0.485	0.225	-0.720	0.446
P5.2. - O evento adverso foi resolvido com rapidez	6.05	7.823	-0.345	0.225	-0.859	0.446
P5.3. - Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	4.70	9.343	0.383	0.225	-1.132	0.446
P5.4. - Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	4.78	7.962	0.146	0.225	-1.122	0.446
P5.5. - Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	4.36	8.616	0.510	0.225	-0.875	0.446
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado	6.22	8.941	-0.362	0.225	-1.046	0.446
P5.7. - Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	6.68	5.575	-0.722	0.302	0.200	0.595

Da totalidade da amostra de profissionais (n=367), 21.5 % manifestaram sensação de insegurança quanto aos cuidados de saúde prestados na unidade de saúde. Quase um

décimo dos profissionais (n=38) não consegue estabelecer qual a sua “Sensação de Segurança”.

Tabela 89. Frequências de resposta à pergunta 6, “Sensação de segurança dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde” (N=367).

Classificação	Frequência	%	% Cumulativa
muito insegura	4	1.1	1.1
bastante insegura	29	7.9	9.0
ligeiramente insegura	46	12.5	21.5
nem segura/nem insegura	38	10.4	31.9
ligeiramente segura	103	28.1	59.9
bastante segura	130	35.4	95.4
muito segura	17	4.6	100.0

#### Alínea b) - Alpha Cronbach global

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna para a amostra de profissionais respondentes favoravelmente à ocorrência de incidentes clínicos, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's* (Tabela 90), tendo-se obtido o valor de 0.805, para os 7 itens, considerado de “Bom”, revelando que os itens que o compõem medem o mesmo conceito ou construto.

Tabela 90. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.805	7

A consistência interna da escala, quando excluído qualquer um dos sete itens desta, mantêm-se com um alfa de Cronbach “Bom” (Tabela 91).

Tabela 91. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) das componentes principais e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativos à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P5.1. - O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	30.78	106.434	0.617	0.766
P5.2. - O evento adverso foi resolvido com rapidez	30.95	109.530	0.571	0.774
P5.3. - Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	32.94	109.867	0.452	0.796
P5.4. - Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	32.43	106.700	0.569	0.774
P5.5. - Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	33.25	112.838	0.429	0.799
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado	32.44	99.509	0.671	0.753
P5.7. - Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	30.54	113.349	0.475	0.790

Através da tabela 92 abaixo, pode-se concluir que existe pelo menos dois itens com desempenho significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 92. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso (N=63).

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	1264.698	62	20.398		
Entre pessoas      Entre itens	471.937	5	78.656	19.758	0.000
Entre pessoas      Resíduo	1480.921	1920	3.981		
Entre pessoas      Total	1952.857	1928	5.166		
Total	3217.556	2168	7.313		

### Alínea c) - Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória de componentes principais respeitante à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou, apresenta valores de comunalidades superiores a 0.436 para todos. Os itens P5.1. ("O evento adverso foi resolvido de forma eficaz.") e P5.2. ("O evento adverso foi resolvido com rapidez."), apresentaram os valores mais elevados, com 0.826 e 0.872, respetivamente.

Tabela 93. Análise das componentes principais e cargas fatoriais dos itens respeitante à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (N=63).

	Média	Erro Desvio	Comunalidades Extração
P5.1. - O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	6.44	2.401	0.826
P5.2. - O evento adverso foi resolvido com rapidez	6.27	2.329	0.872
P5.3. - Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	4.29	2.703	0.746
P5.4. - Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	4.79	2.528	0.749
P5.5. - Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	3.97	2.565	0.436
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a reocorrência do evento adverso notificado	4.78	2.691	0.633
P5.7. - Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	6.68	2.361	0.485

Na análise de componentes principais foi efetuada aos 7 itens do instrumento com rotação ortogonal (varimax) numa amostra de 63 participantes. A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* verificou a adequação amostral para a análise (KMO = 0.712).

O teste de esfericidade de Bartlett [qui-quadrado (21) = 199.108, p menor que 0.000], indicou que as correlações entre os itens são suficientes para a realização da análise.

Tabela 94. Teste de KMO e Bartlett respeitante à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (n=63).

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0.712
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	199.108
	Gl	21
	Sig.	0.000

Na Tabela 95, a análise inicial mostrou que dois componentes obedeceram o critério de Kaiser do autovalor (“eigenvalue”) maior que 1 e explicaram 67.8% da variância.

Tabela 95. Variância total explicada quanto à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou (n=63).

Cp	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3.273	46.759	46.759	3.273	46.759	46.759	2.502	35.737	35.737
2	1.474	21.062	67.821	1.474	21.062	67.821	2.246	32.084	67.821
3	0.766	10.950	78.771						
4	0.658	9.393	88.165						
5	0.420	6.004	94.169						
6	0.296	4.232	98.401						
7	0.112	1.599	100.000						

Os autovalores rotacionados para as componentes foram 3.23 e 1.47. A matriz de padrões e a matriz de estrutura mostraram que os itens positivos, ou seja, que utilizaram scores brutos da escala tipo *Likert*, tiveram maior carga no componente 1.

Tabela 96. Análise de componente principais quanto à experiência dos profissionais em relação ao evento adverso que notificou. Comunalidades e cargas fatoriais das variáveis após rotação varimax com normalização de Kaiser (N=63).

	Comunalidades	I	II
P5.2. - O evento adverso foi resolvido com rapidez	0.872	0.932	0.052
P5.1. - O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	0.826	0.896	0.150
P5.5. - Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	0.436	0.642	0.157
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado	0.633	0.588	0.535
P5.3. - Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	0.746	0.021	0.864
P5.4. - Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	0.749	0.151	0.852
P5.7. - Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	0.485	0.151	0.852
<i>Eigenvalues</i>		3.23	1.47
% da variância	67.8	46.8	21.1

**Alínea d) - Alpha Cronbach parcelares (fatores exploratórios)**

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 97), tendo-se obtido o valor de 0.727, para os quatro itens da componente I, considerado de “Bom”.

Tabela 97. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde, para a componente I.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.727	4

Na tabela 98, podemos observar o valor do alfa de *Cronbach* para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são entre 0.587 e 0.796), todos os itens quando omitidos sugerem que todos os restantes itens medem a mesma característica de forma adequada. O alfa de *Cronbach* quando omitido o item P5.6. - “Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado.”, o valor do alfa é o mais elevado (0.796).

Tabela 98. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal I e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativa à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P5.1. - O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	16.64	41.676	0.652	0.587
P5.2. - O evento adverso foi resolvido com rapidez	16.93	41.978	0.639	0.594
P5.5. - Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	18.62	43.803	0.529	0.659
P5.6. - Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado	16.76	51.628	0.288	0.796

Através da tabela seguinte (tabela 99), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos quatro itens em que as respostas dos profissionais quanto “à notificação do evento adverso.”, para a componente I são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (maior que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 99. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso, para a componente I.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig	
Entre pessoas	2097.491	115	18.239			
Entre pessoas	Entre itens	301.129	3	100.376	20.164	0.000
Entre pessoas	Resíduo	1717.371	345	4.978		
	Total	2018.500	348	5.800		
Total		4115.991	463	8.890		



No estudo da fiabilidade interna de cada fator identificado, através da determinação do coeficiente de *alpha de Cronbach's parcelar* (Tabela 100.), observa-se os três itens da componente II o valor de 0.750, considerado de “Bom”.

Tabela 100. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) relativo à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde, para a componente II.

Alfa de Cronbach	N de Itens
0.750	3

Na Tabela 101, podemos observar o valor do alfa de Cronbach para os itens restantes após um item ser removido da análise, os valores são superiores a 0.592). O alfa de Cronbach quando omitido o item P5.7. - “Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou.”), o valor do alfa é o mais elevado (0.773).

Tabela 101. Coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  - Cronbach) da componente principal II e cargas fatoriais dos itens se o item for excluído, relativa à notificação do evento adverso pelos profissionais de saúde.

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
P5.3. - Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	11.48	16.995	0.639	0.592
P5.4. - Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	10.97	18.483	0.629	0.606
P5.7. - Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	9.08	22.332	0.476	0.773

Como base na tabela seguinte (Tabela 102), pode-se concluir que existem pelo menos dois dos três itens em que as respostas dos profissionais quanto “à notificação do evento adverso.”, para a componente II são significativamente diferentes ao avaliar o valor-p = 0.000 (menor que o nível de significância estabelecido de 0.05).

Tabela 102. Análise de variância (ANOVA) para os profissionais relativos à notificação do evento adverso, para a componente II.

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig
Entre pessoas	796.476	62	12.846		
Entre itens	200.984	2	100.492	31.282	0.000
Entre pessoas Resíduo	398.349	124	3.212		
Total	599.333	126	4.757		
Total	1395.810	188	7.425		

**Alínea e) - Diferenças - comparação de médias****Comparação entre as médias das componentes obtidas da percepção do profissional quanto à segurança por local (Hospital e Centro de Saúde).**

Na tabela 103, observa-se a análise da significância da homogeneidade de variâncias para as componentes encontradas entre os profissionais provenientes do Hospital e o Centro de Saúde. No resultado do teste para variâncias iguais (Teste de Levene). Relativamente à totalidade das componentes, o valor de p para o teste Levene é superior a 0.01, rejeitando-se a hipótese de variâncias iguais. Quanto ao teste t, considerando que  $p > 0.000$  (*Sig 2-tailed*), aceita-se a hipótese nula ( $H_0$ ) de igualdade das médias dos dois grupos, logo, pode-se concluir que as médias da variável não são significativamente diferentes entre os dois grupos de profissionais respondentes no hospital e os do centro de saúde.

Tabela 103. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre Hospital (N=185) e Centro de Saúde (N=91) nas componentes principais nos profissionais.

		Hospital		Centro de Saúde		Levene's test		t-test	
		Média	DP	Média	DP	F	p	t	p
Percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde	CP 1.1	0.06	1.04	0.12	0.90	3.014	0.084	-0.465	0.642
	CP 1.2	0.04	0.99	-0.01	0.97	0.195	0.659	0.401	0.689
Percepção em relação à sua experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde	CP 2.1	0.05	0.90	0.15	1.00	1.820	0.178	-0.848	0.397
	CP 2.2	0.14	0.93	0.09	0.99	0.700	0.403	0.457	0.648
	CP 2.3	-0.06	1.02	0.07	0.99	0.024	0.877	-1.020	0.309
Experiência em relação ao evento adverso	CP 3.1*	-0.10	1.01	0.20	0.98	0.012	0.911	-1.059	0.292
	CP 3.2*	0.04	1.00	-0.08	1.02	1.268	0.263	-0.080	0.936

\* Hospital N=57; Centro de Saúde N=37.

Na tabela 104, podemos observar que a na *interação* entre a profissão exercida e as componentes encontradas se evidenciam diferenças quanto a valores referentes às seguintes componentes: CP 1.1; CP 2.1; CP 2.2; CP 2.3.

Tabela 104. Teste de significância da homogeneidade de variâncias e comparação de médias entre os profissionais nas componentes principais.

	Levene's test		ANOVA	
	F	P	F	P
CP 1.1.	3.239	0.022	3.056	.028
CP 1.2.	2.255	0.082	0.990	.398
CP 2.1.	1.314	0.270	3.273	.021
CP 2.2.	0.901	0.441	5.154	.002
CP 2.3.	0.985	0.400	3.973	.008
CP 3.1.	2.746	0.103	1.586	.197
CP 3.2.	0.750	0.390	.262	.853

O efeito mais significativo da profissão exercida sobre a combinação linear de variáveis respeitantes à segurança do doente é essencialmente atribuído às componentes 2.2 (relativa à informação, formação e notificação dos profissionais) e 2.3 (relativa cultura de penalização e confidencialidade) (tabela 105).

Tabela 105. Testes posteriori de Tukey HSD de variâncias entre grupos profissionais: Médico (N=29), TSTD (N=103), Assistente operacional (N=43) e Enfermeiro (N=191) nas componentes principais.

	A Op. (N=43)	Enf (N=191)	Méd (N=29)	TSTD (N=103)	F <sub>(3,362)</sub>	p	Tukey HSD					
	M	M	M	M			M.TSTD	M.AOp	M.E	TSTD.AO	TSTD.E	AO.E
CP1.1	.099	.113	-.336	-.167	3.056	.03						
CP1.2	-.206	.068	.017	-.051	0.990	.40						
CP2.1	-.235	.153	-.113	-.153	3.273	.02						
CP2.2	.506	.010	-.189	-.168	5.154	.00		.02		.00		0.02
CP2.3	.123	-.167	.306	.170	3.973	.00					0.03	

#### Alínea f) - Correlações (entre fatores: regressores)

##### Correlação entre as médias das componentes obtidas da perceção do profissional quanto à segurança por local (Hospital e Centro de Saúde).

Na tabela 106, podemos observar que as componentes 2.2 retiradas do questionário relativo à “Perceção em relação à sua experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde” apresentam uma correlação positiva e moderada com a componente 3.2 do questionário sobre a “Perceção em relação à sua experiência em relação ao evento adverso”, entre os profissionais respondentes no Hospital e no Centro de Saúde. A associação é nula entre as componentes I, componentes II e componentes III dos questionários um, dois e três respetivamente.

Tabela 106. Correlações bivariadas entre Hospital (N=256) e Centro de Saúde (N=63) nas componentes principais extraídas da Segurança do Doente nos profissionais.

	CP 1.1	CP 1.2	CP 2.1	CP 2.2	CP 2.3	CP 3.1	CP 3.2	
Perceção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde	CP 1.1	1	.000	.185**	.104**	-.025	.162	-.098
	CP 1.2	1	-.057	-.072	-.087	-.072	-.090	
Perceção em relação à sua experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde	CP 2.1		1	.000	.000	.291*	.232	
	CP 2.2			1	.000	.256*	.460**	
	CP 2.3				1	.002	.095	
Perceção em relação à sua experiência em relação ao evento adverso	CP 3.1					1	0.000	
	CP 3.2						1	

\*\* . A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

\* . A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral).

### **5.3 Tratamento do corpus das perguntas abertas P7 e P8 - Tratamento lexicométrico**

#### **5.3.1 Tema 1 - Percepção do significado de segurança do paciente/doente/utente**

##### **5.3.1.1 Tema 1a: Percepção dos Pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente/doente/utente - SIGSEG (P7)**

Na análise das perguntas abertas identificou-se que para os pacientes o significado de segurança do doente está relacionado com as palavras segurança, saúde, significar, unidade, profissional, paciente, médico, doente, atender e atendimento, como descrito na tabela 107 através da frequência da sua utilização e como é possível observar na figura 5 através do destaque e formatação das mesmas na nuvem de palavras.

Como referido no parágrafo anterior, do ponto de vista dos pacientes a segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como se manifesta o efeito nesta pela ação nessas categorias.

Tabela 107. Percepção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Principais frequências lexicais (formas ativas)**.

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq formes\_actives.csv

Formas ativas	nº.	Formas ativas	nº.
segurança	27	Rápido	3
saúde	26	Resposta	3
significar	21	Relação	3
utente	18	Relacionar	3
unidade	18	Recorrer	3
profissional	18	Querer	3
paciente	18	Precisar	3
médico	18	Pedir	3
doente	18	Nível	3
atender	16	Melhor	3
tratamento	12	Importante	3
sentir	11	Hospitalar	3
atendimento	11	Falta	3
seguro	10	Exame	3
opinião	10	Erro	3
confiança	9	Educação	3
situação	8	Doença	3
dever	8	Disponibilidade	3
cuidado	8	Diretamente	3
técnico	7	Conhecimento	3
prestar	6	Ajudar	3
diagnóstico	6	Vigiar	2
atenção	6	Transmitir	2
adequado	6	Tranquilidade	2
tratado	5	Simpatia	2
peçoal	5	Sector	2
físico	5	Sentar	2
dúvida	5	Risco	2
correto	5	Responsável	2
clínico	5	Recusar	2
tratar	4	Recurso	2
sair	4	Queixa	2
qualidade	4	Público	2
possível	4	Psicológico	2
maior	4	Problema	2
humano	4	Privado	2
forma	4	Privacidade	2
esperar	4	Prescrição	2
entrar	4	Preocupação	2
dar	4	Necessário	2
confiar	4	Medicar	2
caso	4	Linguagem	2
analisar	4	Informar	2
urgência	3	Hora	2
serviço	3	Historial	2



Figura 5. Percepção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança do paciente**: Nuvem de Palavras  
 Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq nuage\_1.png

Podemos observar na figura 6, que os termos relevantes presentes na nuvem de palavras e na tabela de frequências encontram-se todos interligados, nomeadamente a ligação evidente entre a segurança, saúde e unidade com paciente, doente, médico profissional, atender e significar.

Associados a estes termos mais relevantes temos coocorrências que são destaque particular, evidenciado a existência de vertentes da segurança do doente com as suas características particulares sob o ponto de vista dos utentes.

Começando pela vertente segurança podemos observar que existe a sua associação com as palavras *sempre*, *opinião*, *sentir*, *dever* e *querer*. É demonstrado pelas associações que os pacientes destacam a constância e obrigação de existência de segurança do doente (*sempre/dever*), a necessidade da sua procura e aplicação visível (*querer/sentir*), e a importância da percepção da mesma por parte dos profissionais e pacientes para a sua efetividade (*opinião*).

São referidas uma vertente médico e uma vertente doente que são associadas respetivamente com humano e pessoal, e, atenção, técnico e conhecimento. Sabe-se com estas associações que para o utente a segurança do doente envolve a existência de profissionais para cada individuo (pessoal) e a existência de uma natureza recetiva e empática por parte dos profissionais (humana), assim como a necessidade de

---

desmistificar o cuidado para a compreensão dos doentes (técnico/conhecimento) e a prestação de cuidado focada completamente no paciente (atenção).

A menção da vertente prestação de atenção, é feita através da menção no aspeto descrito no parágrafo anterior e das palavras atender e atendimento, a primeira interligada com educação, rápido, melhor, erro e analisar, e a segunda associada a resposta, diagnóstico, doença e relação. O primeiro conjunto sugere que para os pacientes é crucial a existência de cordialidade no atendimento (educação), a eficiência no expediente (*rápido*), o aprimorar dos serviços de atendimento e a evolução do desempenho através da identificação de falhas (*melhor/erro/analisar*). Já o segundo conjunto sugere a necessidade de especialização na atenção clínica prestada (*diagnóstico/relação/doença/resposta*).

Na vertente saúde são usadas pelos pacientes as palavras confiança, diretamente, adequado, recorrer e serviço, indicando que a perceção dos pacientes define como relevante para a segurança do doente a existência de cuidados acessíveis com facilidade (*serviço/recorrer/diretamente*) e a existência de coragem proveniente da convicção no valor e eficácia dos cuidados prestados (*confiança/adequados*).

Na vertente unidade ocorre a associação com as palavras tratado, exame e confiar, e ainda com a palavra significar que se associa ela mesma com físico, hospitalar e dúvida. Este tipo de composições identifica que os utentes definem a sua segurança como estando informados de forma compreender os seus cuidados (*hospitalar/dúvida/físico/confiar*) e que esta depende também dos recursos e procedimentos nos cuidados (*tratado/exame*).

Por último, destaca-se a vertente profissional à qual estão associadas as coocorrências disponibilidade, forma, urgência, tratamento e falta. Estas enunciam que o paciente define a existência de segurança do doente com a existência de recursos humanos suficientes (*falta/disponibilidade*) e a capacidade de resposta imediata destes (*urgência*), assim como a existência de uma prestação de cuidados adequada (*forma/tratamento*).

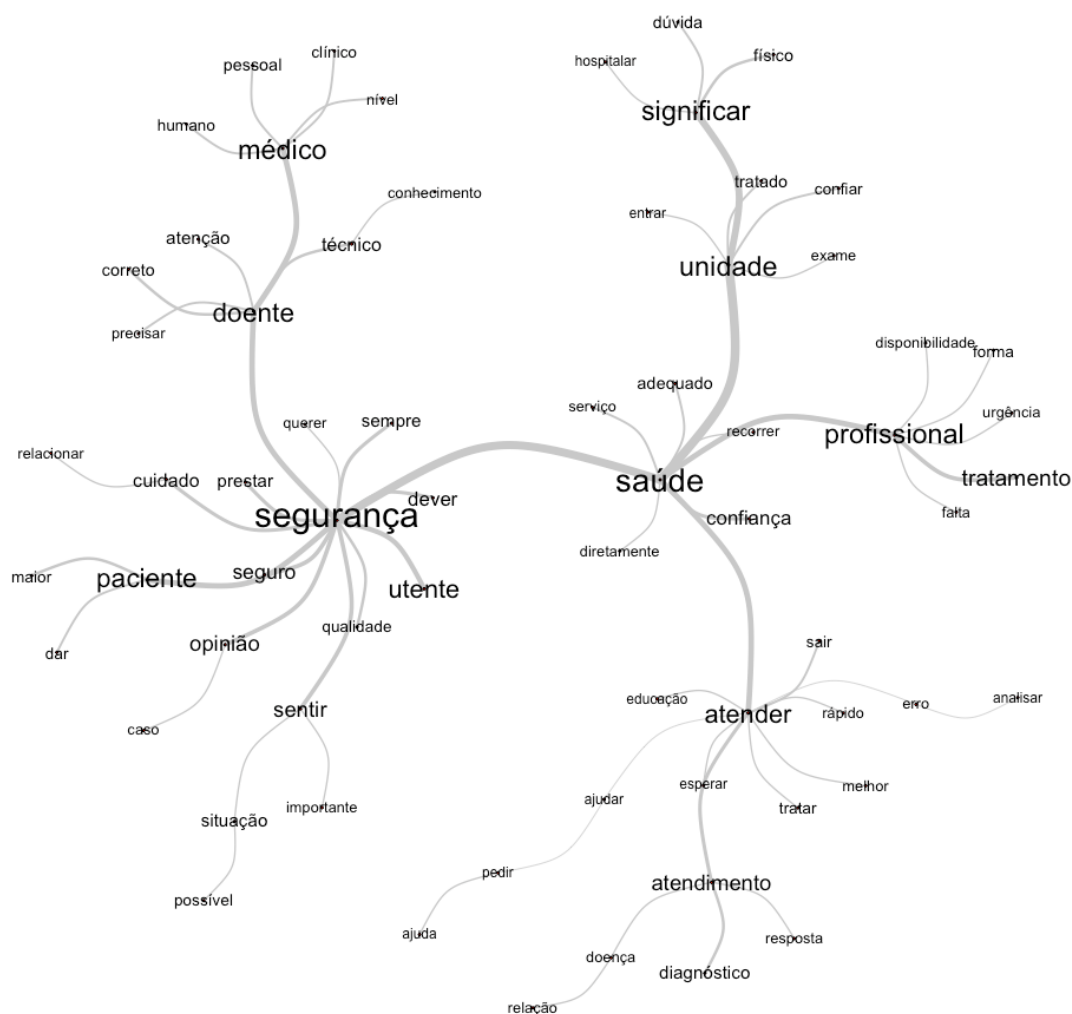


Figura 6. Percepção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: Similitude (coocorrências).  
 Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq arbre maximum - graph\_simi\_1.png

Percepção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Classes dos agrupamentos lexicais**

Foi realizado o dendrograma das classes dos agrupamentos lexicais relativos à percepção dos utentes sobre segurança do doente como visualizado na figura 7. Tendo em conta as coocorrências já verificadas foi possível identificar 6 grupos de classes de palavras organizados de acordo com a técnica da classificação hierárquica descendente. Relativamente aos doentes/pacientes as classes 4 e 6 que se destacam e nas quais se evidenciam na classe 4 as palavras médico e opinião, e na classe 6 temos as palavras atenção e confiança. Seguidamente temos as classes 2, 3 e 5 nas quais se destacam as palavras, profissional, saúde e segurança, na 2, as palavras unidade, prestar e saúde, na 3 e as palavras sair, significar e querer, na 5.



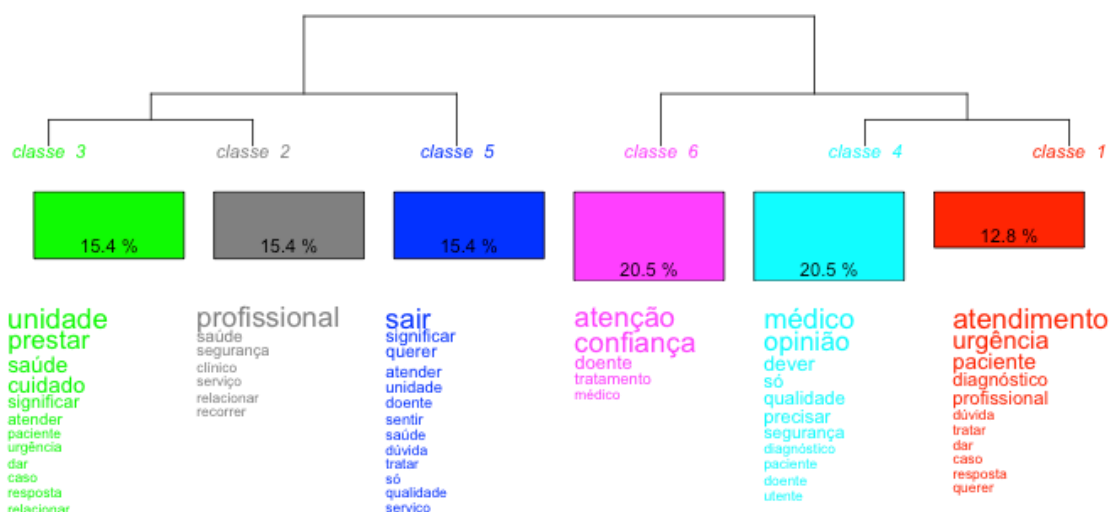


Figura 7. Perceção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais**.

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq dendrogramme\_1.png

Os Clusters 4 e 6 são compostos por 8 palavras relevantes num total de 39 e que correspondem a 41% do peso da massa de informação, por sua vez o Cluster 2 é composto por 6 palavras num total de 39 e corresponde a 15. O conjunto destes 3 agrupamentos lexicais (4, 6, 2) representam 69% do peso da massa de informação (Tabela 108).

Tabela 108. Perceção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais**.

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq profiles.csv

	eff.s.t.	eff.total	%
Cluster 4	8	39	20.51
Cluster 6	8	39	20.51
Cluster 2	6	39	15.38
Cluster 3	6	39	15.38
Cluster 5	6	39	15.38
Cluster 1	5	39	12.82

Na figura 8 podemos observar a projeção fatorial das classes dos agrupamentos lexicais, da perceção dos doentes/pacientes profissionais sobre segurança do doente em que a classe 4 se situa no 2º quadrante e a classe 6 no 3º quadrante.

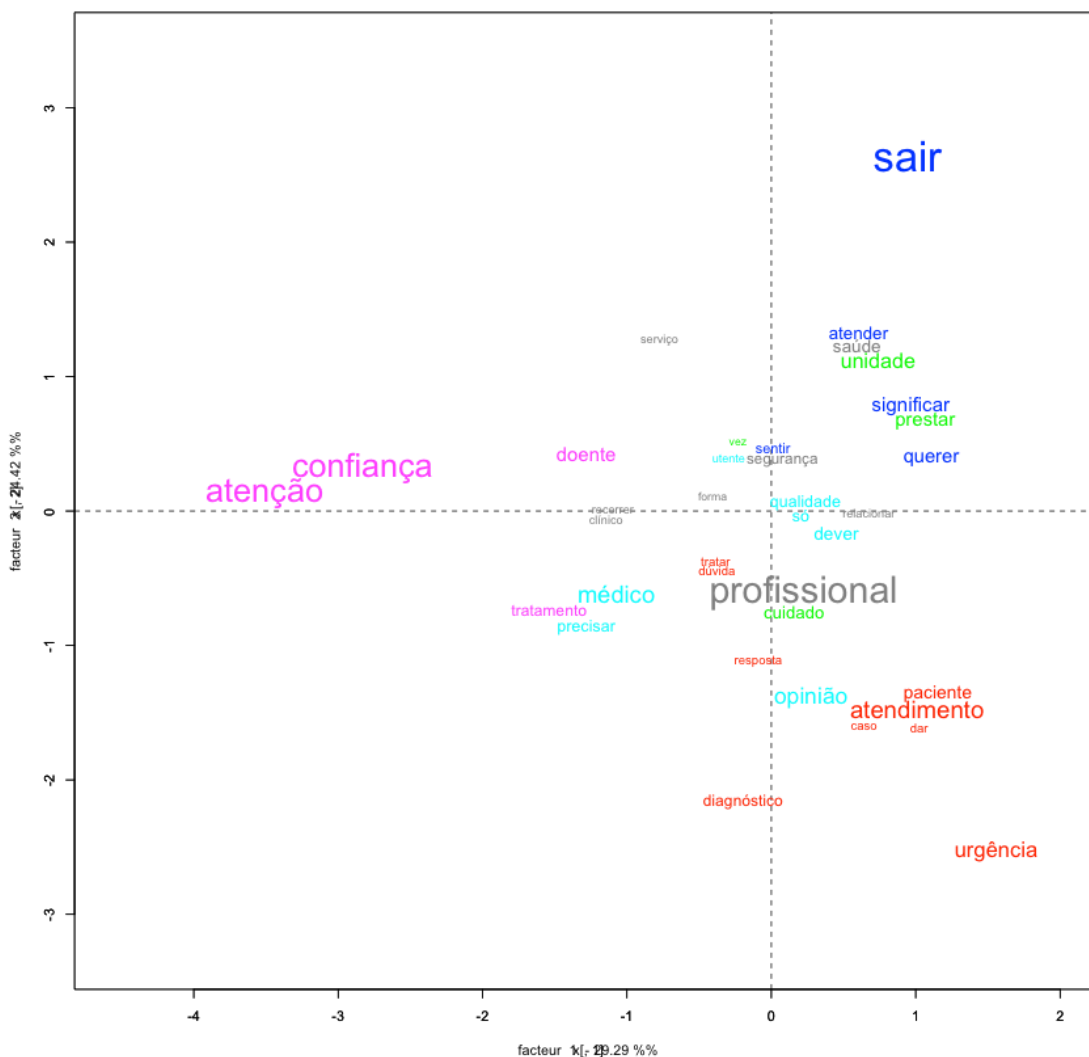


Figura 8. Perceção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Projeção fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais.**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq AFC2DL.png

Consegue-se encontrar nas projeções dois fatores, o fator 1 e o fator 2 que representam 53.7% % da importância da agregação das palavras (Tabela 109).

Tabela 109. Perceção dos **pacientes/utentes** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Peso fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais.**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq afc\_facteur.csv

	Valeurs propres	Pourcentages	Pourcentage cumules
<b>Facteur 1</b>	0.320061164	<b>29.28601134</b>	29.28601134
<b>Facteur 2</b>	0.266880491	<b>24.41991082</b>	53.70592215
Facteur 3	0.214388048	19.6167842	73.32270636
Facteur 4	0.183587423	16.79848715	90.1211935
Facteur 5	0.107963569	9.878806495	100

### **5.3.1.2 Tema 1b: Perceção dos Profissionais sobre o significado de segurança do paciente/doente/utente - SIGSEG (P7)**

Na análise das perguntas abertas identificou-se que para os profissionais o significado de segurança do doente está relacionado com as palavras, *doente, saúde, segurança, cuidado, utente, profissional e paciente*, como descrito na tabela 110 através da frequência da sua utilização e como é possível observar na figura 9 através do destaque e formatação das mesmas na nuvem de palavras.

As menções referidas no parágrafo anterior indicam que do ponto de vista dos profissionais a segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como se manifesta o efeito nesta pela ação nessas categorias.

Tabela 110. Percepção dos **profissionais** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Principais frequências lexicais (formas ativas)**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq formes\_ativas.csv

Formas ativas	nº.	Formas ativas	nº.
doente	107	Integridade	10
saúde	104	Humano	10
segurança	98	Clínica	10
cuidado	97	Receber	9
utente	72	Queda	9
profissional	57	Necessário	9
risco	42	Máximo	9
significar	39	Garantia	9
paciente	36	Formação	9
qualidade	35	Evento	9
unidade	32	Equipa	9
prestar	31	Devidamente	9
físico	31	Respeito	8
adequado	29	Querer	8
procedimento	28	Medicação	8
prestação	28	Hospitalar	8
forma	25	Contar	8
assegurar	22	Atenção	8
condição	20	Atendimento	8
bom	19	Relação	7
tratamento	18	Protocolo	7
situação	18	Privacidade	7
serviço	17	Prevenção	7
seguro	17	Prevenir	7
erro	17	Passar	7
norma	16	Opinião	7
material	16	Melhorar	7
informação	16	Informar	7
melhor	15	Dado	7
possível	14	Confiança	7
identificação	14	Certo	7
correto	14	Administração	7
instituição	13	Tomar	6
necessidade	12	Suficiente	6
medida	12	Sentir	6
dano	12	Saúde	6
adverso	12	Prático	6
recurso	11	Proteger	6
processo	11	Permitir	6
nível	11	Ocorrência	6
garantir	11	Número	6
evitar	11	Melhoria	6
conhecimento	11	Manter	6
confidencialidade	11	Gestão	6
pessoa	10	Falha	6



Figura 9. Percepção dos **profissionais** sobre o **significado de segurança** do paciente: Nuvem de Palavras.  
Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq nuage\_1.png

Podemos observar na figura 10, que os termos relevantes presentes na nuvem de palavras e na tabela de frequências encontram-se todos interligados, nomeadamente a ligação evidente entre segurança, saúde e cuidado com doente, utente e profissional.

Associados a estes termos mais relevantes temos coocorrências que são destaque particular, denotando-se a associação evidente entre doente e *tratamento*, *identificação*, *devidamente*, *melhor* e *possível*. Assim como a associação evidente entre utente e *informação*, *opinião*, *atendimento* e *gestão*.

Tendo em conta estas associações, afirma-se, no que é relativo à vertente doente/utente da segurança do doente, que os profissionais consideram importante a realização de procedimentos de forma correta e mais adequada (*tratamento/devidamente/melhor*), a existência de comunicação entre profissional e paciente (*atendimento/opinião/informação*), a formação dos profissionais e a organização da prestação de cuidados (*informação/gestão/identificação*).

Na vertente segurança da segurança do doente, temos a ocorrência de interligações entre segurança e *procedimento*, *correto*, *norma*, *humano*, *recurso*, *cumprimento*, *avaliação*, *equipa*. Isto evidência o destaque dos profissionais no que toca à execução do cuidado com correção e segundo políticas institucionais (*procedimento/correto/norma*), à existência de profissionais em número adequado e

sob uma estrutura comum funcional (*humano/recurso/equipa*) e à monitorização do desempenho e erros (*avaliação*).

Em relação ao aspeto saúde, ocorre a sua menção em conjunto com os termos físico, forma, situação, continuo, clínica, respeito, integridade, unidade, instituição e serviço. Desta forma os profissionais deram a entender que a segurança do doente assenta não só na manutenção das características e funções corporais dos doentes (*físico/integridade*) mas também nas características e recursos do prestador de cuidados enquanto conjunto (*instituição/unidade/serviço*), assim como na forma individual e permanente de gestão da saúde de cada utente (*respeito/situação/clínica/forma/continua*).

A última vertente geral mencionada pelos profissionais é a vertente cuidado que ocorre nas respostas associada às palavras *qualidade, conhecimento, adequado, equipamento, risco, identificado, prestação, significar, erro*. Assim como, a palavra *profissional*, com algum destaque, e que também está mencionada com a palavra *formação*. Estas coocorrências indicam que na opinião dos profissionais são fatores relevantes para a segurança do doente os recursos físicos e as suas características (*equipamento/adequado*), a sua própria enquanto profissionais e o seu resultado no cuidado (*prestação*), a noção de todos envolvidos na prestação de cuidados (*significar/conhecimento*), a perceção dos fatores de insucesso, das suas origens e dos seus resultados (*risco/identificado/erro*) e a prestação de cuidados na melhor modalidade (*qualidade*). Um último aspeto relativo ao cuidado revela que os profissionais associam a segurança do doente a si mesmo e à sua capacitação profissional com algum destaque (*profissional/formação*).



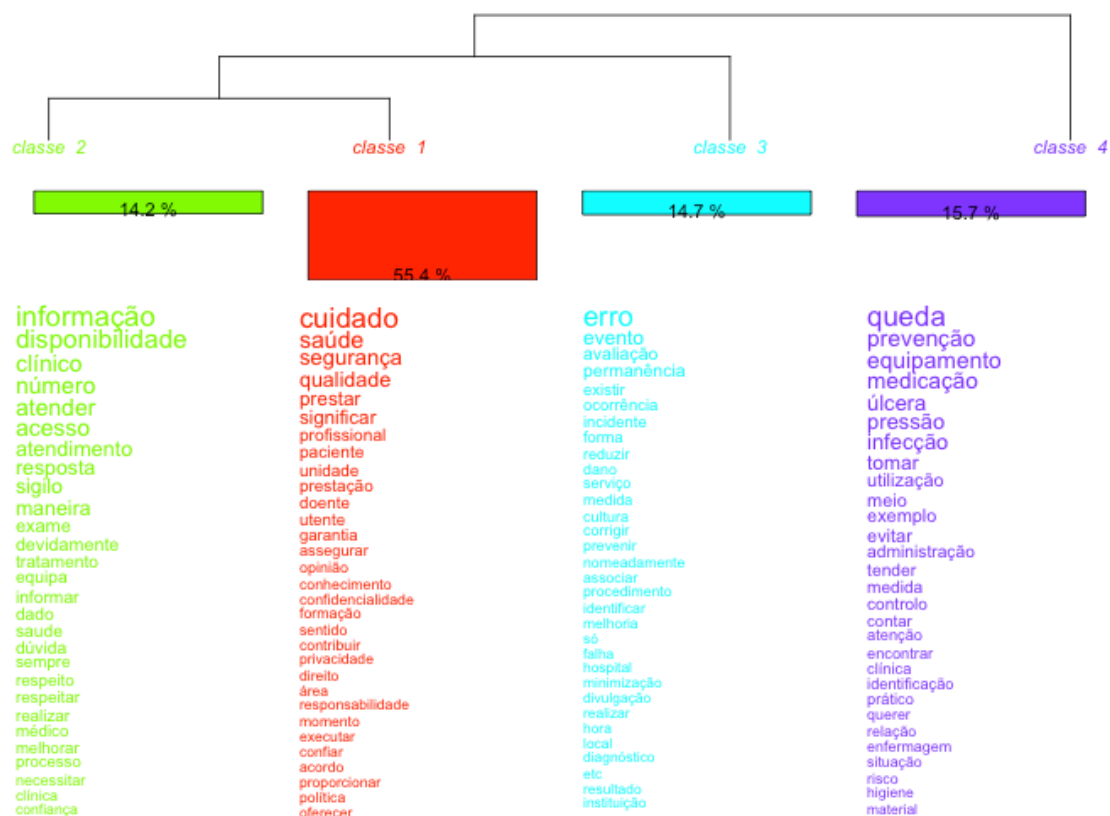


Figura 11. Perceção dos **profissionais** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq dendrogramme\_1.png

O **Cluster 1** é composto por 113 palavras num total de 204 e que corresponde a 55.39% do peso da massa de Informação, por sua vez o **Cluster 4** é composto por 32 palavras num total de 204 e corresponde a 15.69% do peso da massa de informação (Tabela 111).

Tabela 111. Perceção dos **profissionais** sobre o **significado de segurança** do paciente: **Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq profiles.csv

	eff.s.t.	eff.total	%
Cluster 1	113	204	55.39
Cluster 4	32	204	15.69
Cluster 3	30	204	14.71
Cluster 2	29	204	14.22

Na figura 12 podemos observar a projeção fatorial das classes dos agrupamentos lexicais, da percepção dos profissionais sobre segurança do doente em que a classe 1 se situa no 2º quadrante.





### **5.3.2 Tema 2 - Sugestões para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente**

#### **5.3.2.1 Tema 2a: Sugestões dos Pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente - SUGMEL (P8)**

Na análise das perguntas abertas identificou-se que para os pacientes a melhoria das condições de segurança do doente está relacionada com as palavras *utente*, *profissional*, *esperar*, *dever*, *hospital* como descrito na tabela 113 através da frequência da sua utilização e como é possível observar na figura 13 através do destaque e formatação das mesmas na nuvem de palavras.

Como referido no parágrafo anterior, do ponto de vista dos pacientes a evolução da segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como da intervenção e melhoria nessas categorias.

Tabela 113. Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Principais frequências lexicais (formas ativas)**.

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq formes\_actives.csv

Formas ativas	nº.	Formas ativas	nº.
Utente	16	Mesmo	2
Profissional	15	Melhor	2
Esperar	10	Mau	2
Paciente	9	Maior	2
Médico	7	Horário	2
Doente	7	Ficar	2
Dever	7	Familiar	2
Saúde	6	Faltar	2
Hospital	6	Falta	2
Forma	6	Falar	2
Tratamento	5	Existir	2
Atendimento	5	Doença	2
Pessoal	4	Distância	2
Pensar	4	Dificuldade	2
Exame	4	Devido	2
Diminuir	4	Dar	2
Consulta	4	Continuar	2
Atender	4	Condição	2
Unidade	3	Comunicação	2
Técnico	3	Colocação	2
Sugestão	3	Caso	2
Serviço	3	Atenção	2
Seguro	3	Aprender	2
Segurança	3	Apoio	2
Pouco	3	Alguma	2
Material	3	Ainda	2
Importante	3	Adequado	2
Formação	3	Acontecer	2
Exemplo	3	Acompanhamento	2
especialidade	3	Ajuda	1
Vir	2	Área	1
Triste	2	Zeloso	1
Situação	2	Vontade	1
Simpatia	2	Voltar	1
sentir	2	Vigilância	1
sempre	2	Ver	1
sangue	2	Vazão	1
relativo	2	Urgência	1
questão	2	Urgente	1
querer	2	Turno	1
opinião	2	Tratar	1
número	2	Transporte	1
necessário	2	Transfusão	1
necessidade	2	Transcender	1
muita	2	Total	1



Figura 13. Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: Nuvem de Palavras.

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq nuage\_1.png

Podemos observar na figura 14, que os termos relevantes presentes na nuvem de palavras e na tabela de frequências encontram-se todos interligados, nomeadamente a ligação evidente entre utente, profissional, esperar, dever e hospital.

Associados a estes termos mais relevantes temos coocorrências que são destaque particular, evidenciado a existência de vertentes requerentes de melhoria com as suas características particulares sob o ponto de vista dos utentes.

Começando pela vertente profissional temos a sua associação com os termos exame, consulta, tratamento e formação. Com as associações mencionadas, os pacientes identificam que a melhoria em segurança do doente depende da preparação dos profissionais (formação) e da forma de aplicação dos cuidados (tratamento/exame/consulta).

Em seguida observa-se a associação da palavra utente com as palavras especialidade e unidade, sugerindo que para os utentes a melhoria está dependente da disponibilidade de cuidados (unidade) e de cuidados específicos (especialidade).

Denota-se também a interligação da palavra esperar com as palavras pouco, diminuir e pensar. Evidenciando que os utentes consideram crucial para a evolução das condições

de segurança o aumento da eficiência e recursos do sistema de saúde (diminuir, pouco) e a ponderação no uso destes (pensar).

Existe um ramo do esquema que apresenta uma vertente diretamente associada com a palavra hospital onde esta coocorre com as palavras importante, serviço e pessoal, ligações que ecoam a necessidade de recursos humanos (pessoal) e a valorização e ênfase nas unidades de saúde (serviço/importante) como fatores importantes na melhoria das condições de segurança do doente.

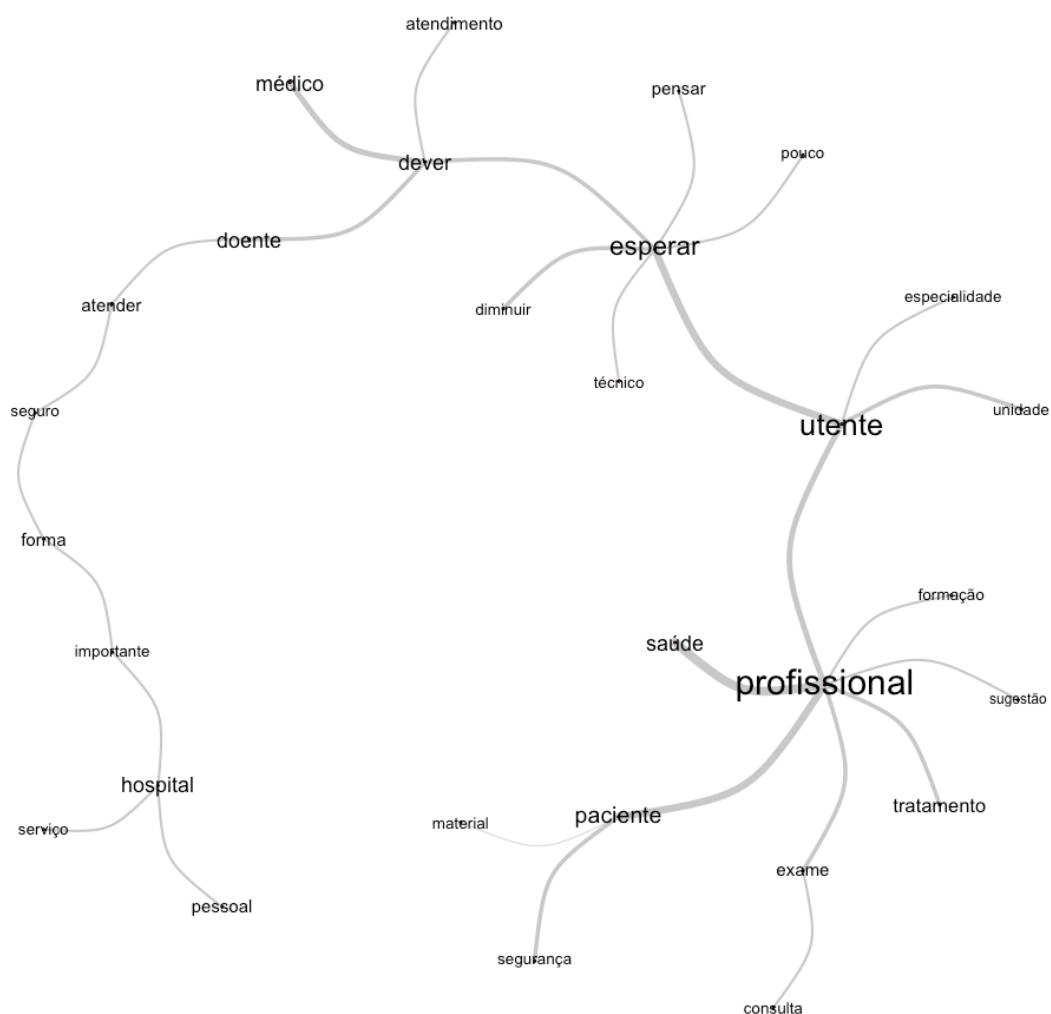


Figura 14. Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: Similitude (coocorrências).

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq arbre maximum - graph\_simi\_1.png

Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Classes dos agrupamentos lexicais**

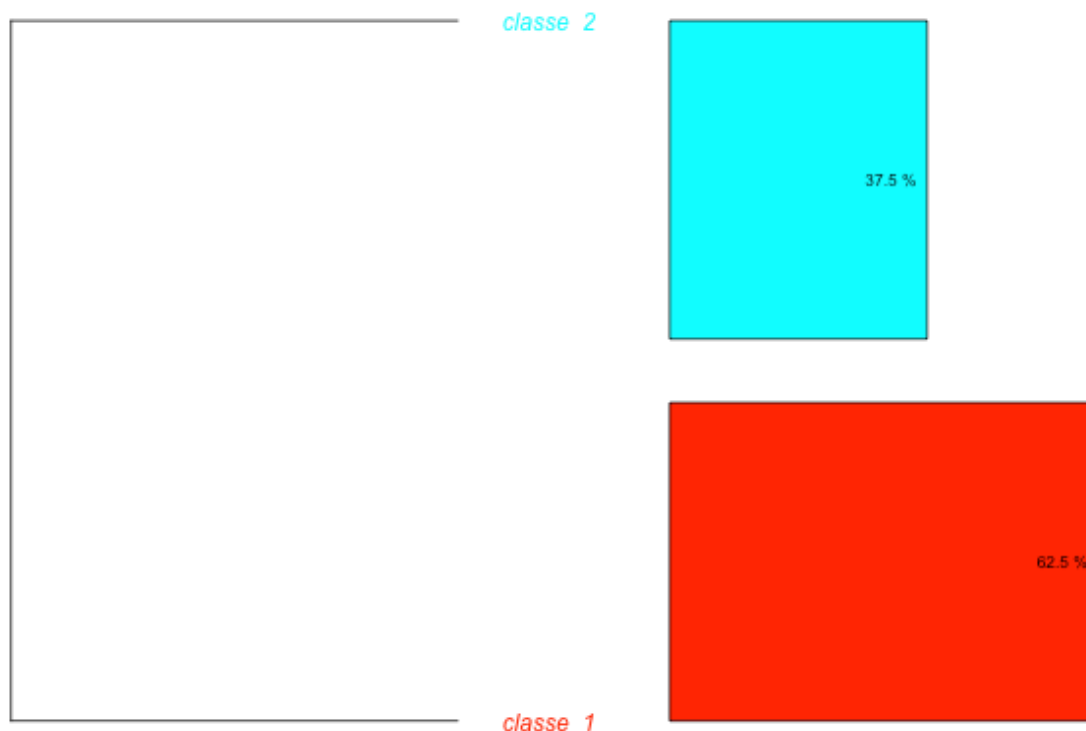


Figura 15. Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais.**  
 Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq dendro1.png

O *Cluster 1* é composto por 5 palavras num total de 8 e que corresponde a 62.5% do peso da massa de informação, por sua vez o *Cluster 2* é composto por 3 palavras num total de 8 e corresponde a 37.5% do peso da massa de informação (tabela 114).

Tabela 114. Sugestões dos **pacientes/utentes** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.**  
 Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq profiles.csv

	eff.s.t.	eff.total	%
Cluster 1	5	8	62.5
Cluster 2	3	8	37.5

---

### 5.3.2.2 Tema 2b: Sugestões dos Profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente/doente/utente - SUGMEL (P8)

Na análise das perguntas abertas identificou-se que para os profissionais a melhoria das condições de segurança do doente está relacionada com as palavras *profissional, formação, doente, saúde, serviço, segurança, recurso, utente, humano, dever* como descrito na tabela 115 através da frequência da sua utilização e como é possível observar na figura 16 através do destaque e formatação das mesmas na nuvem de palavras.

Como referido no parágrafo anterior, do ponto de vista dos profissionais a evolução da segurança do doente é fruto da compreensão dos significados dos termos salientados, assim como da intervenção e melhoria nessas categorias.

Tabela 115. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Principais frequências lexicais (formas ativas)**.

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq formes\_actives.csv

Formas ativas	nº.	Formas ativas	nº.
profissional	45	Risco	4
formação	29	Questão	4
doente	25	Protocolo	4
saúde	24	Pessoal	4
serviço	21	Norma	4
segurança	17	Necessidade	4
recurso	17	Mobilidade	4
utente	15	Medida	4
humano	15	Higiene	4
dever	15	Existir	4
material	10	Exemplo	4
número	9	Dotação	4
melhor	9	Diminuir	4
cuidado	9	Contínuo	4
unidade	8	Condição	4
paciente	8	Área	3
identificação	8	Zona	3
falta	8	Tomar	3
enfermeiro	8	Relação	3
aumentar	8	Reduzir	3
qualidade	7	Prático	3
maior	7	Programa	3
informação	7	Prestar	3
gestão	7	possível	3
equipa	7	Humanização	3
procedimento	6	Hospitalar	3
necessário	6	específico	3
melhoria	6	Espaço	3
forma	6	Envolver	3
aumento	6	Disponibilidade	3
urgência	5	Diagnóstico	3
realidade	5	Dar	3
promover	5	Cultura	3
nível	5	Controlo	3
notificação	5	Contribuir	3
médico	5	Comunicação	3
melhorar	5	Competência	3
hora	5	Alguma	3
erro	5	Adverso	3
dia	5	Acompanhamento	3
adequado	5	Acidente	3
situação	4	Útil	2
sistema	4	Vigilância	2
seguro	4	Verificar	2
sala	4	Técnico	2





necessidade imediata (urgência), a prática de políticas e estratégias unificadoras do pessoal (envolver) e o incremento das capacidades do sistema de saúde (aumento).

Na mesma linha de intervenção referida no parágrafo anterior ocorre a ligação entre a vertente recurso e as palavras competência, necessidade e humano, reforçando a sugestão relativa ao reforço de profissionais e disponibilidade de cuidados de saúde (necessidade/humano), e a adiciona ainda ao mencionar a necessidade de formação (competência).

Em destaque na globalidade das sugestões dos profissionais surgem duas vertentes, a vertente formação e a vertente profissional, a primeira relacionada com os termos procedimento, identificação, exemplo, área, forma, notificação, dotação, protocolo, gestão, informação, prático e contínuo, e a segunda relacionada com os termos acompanhamento, maior, sempre, número, controlo, relação, equipa, comunicação, dever e aumentar.

A vertente formação é apontada pelos profissionais como aspeto em grande necessidade de melhoria, existindo a seu ver, a necessidade de diversificação da educação fornecida aos profissionais (dotação/gestão/procedimento/identificação /área/protocolo/notificação/informação) e de evoluir os processos de ensino (exemplo/forma/prático/contínuo).

Contudo o alvo de mais sugestões de melhoria foi a vertente profissional, onde os profissionais manifestam a falta de contacto com utentes antes e após eventos não-rotineiros ou situações de urgência (acompanhamento), a falta de recursos humanos especializados (maior/número/aumentar), a necessidade de melhorar a interação entre profissionais e pacientes e entre profissionais do mesmo grupo ou serviço (relação/equipa/comunicação), a necessidade de agregar as condições de segurança do doente à componente que caracteriza um profissional (dever, sempre) e a necessidade de avaliar o desempenho dos profissionais (controlo).

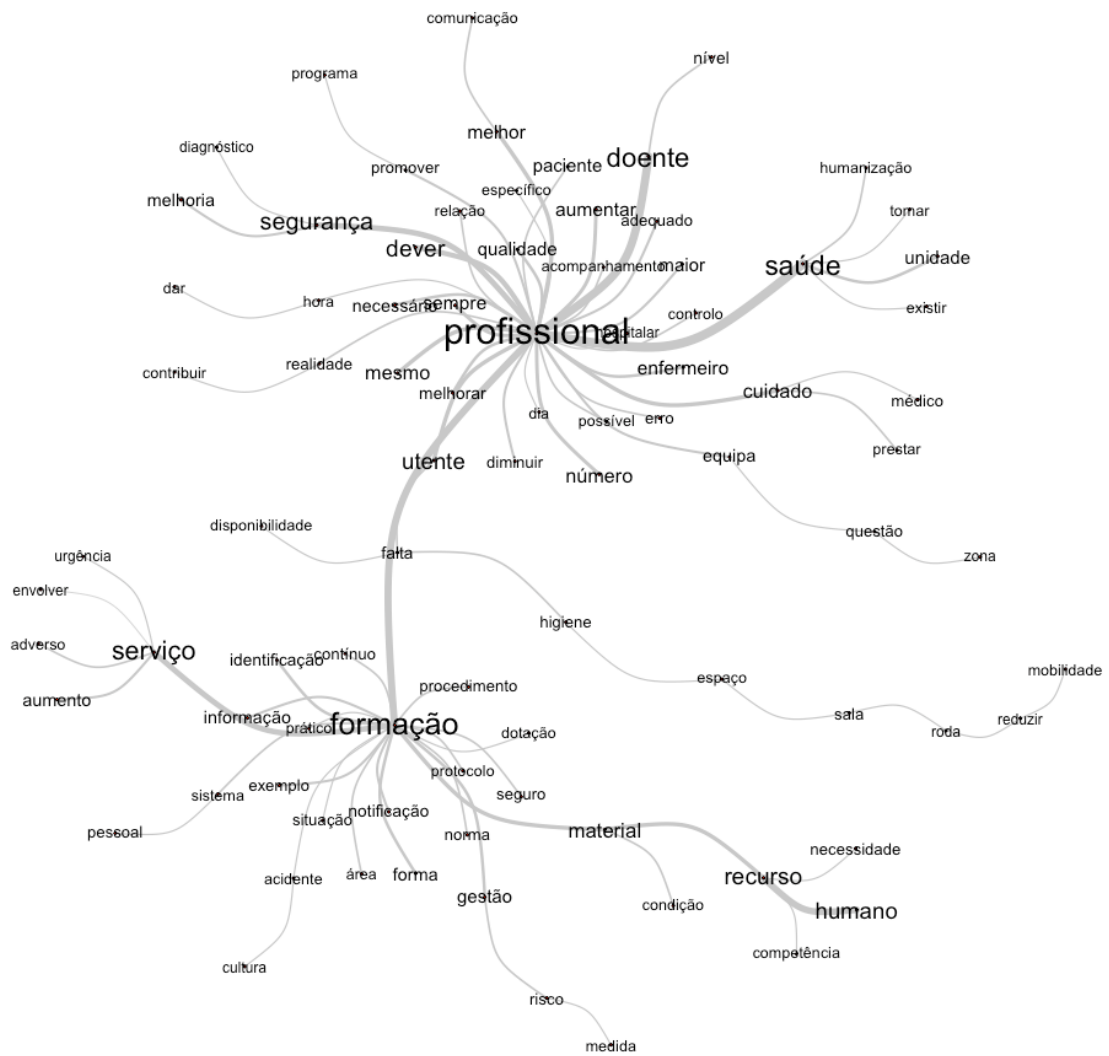


Figura 17. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: Similitude (coocorrências).

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq arbre maximum - graph\_simi\_1.png

Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Classes dos agrupamentos lexicais**

Foi realizado o dendrograma das classes dos agrupamentos lexicais relativos às sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do doente como visualizado na figura 18. Tendo em conta as coocorrências já verificadas foi possível identificar 6 grandes grupos classes de palavras organizados de acordo com a técnica da classificação hierárquica descendente. Relativamente aos profissionais a classe 6 é aquela que com destaque e nas quais se encontram as palavras *todo*, *melhoria*, *saúde* *adequado*, seguidamente temos as classes 2 e 3 onde se incluem as palavras *identificação*, *forma* e *exemplo*, e as palavras *mesmo*, *recurso*, *qualidade* e *segurança*, respetivamente.

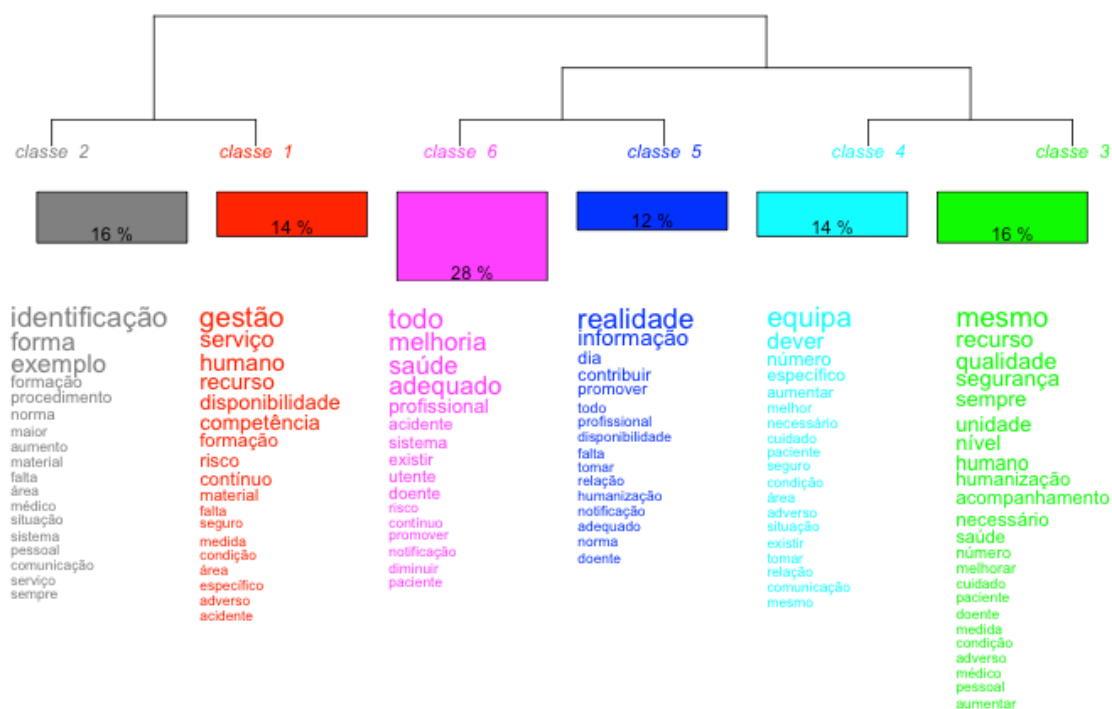


Figura 18. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Dendrograma das Classes dos agrupamentos lexicais**.

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq dendrogramme\_1.png

O *Cluster 6* é composto por 14 palavras num total de 50 e que corresponde a 28% do peso da massa de Informação, por sua vez o *Cluster 2* é composto por 8 palavras num total de 50 e corresponde a 16% do peso da massa de informação (tabela 116). O *Cluster 1* é composto por 113 palavras num total de 204 e que corresponde a 55.39% do peso da massa de Informação, por sua vez o *Cluster 4* é composto por 32 palavras num total de 204 e corresponde a 15.69% do peso da massa de informação (tabela 116).

Tabela 116. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais**

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq profiles.csv

	eff.s.t.	eff.total	%
Cluster 6	14	50	28
Cluster 2	8	50	16
Cluster 3	8	50	16
Cluster 1	7	50	14
Cluster 4	7	50	14
Cluster 5	6	50	12

Na figura 19 podemos observar a projeção fatorial das classes dos agrupamentos lexicais, da percepção dos profissionais sobre segurança do doente em que a classe 6 se situa no 3º quadrante, a classe 2 no 4º quadrante e a classe 3 no 2º quadrante.

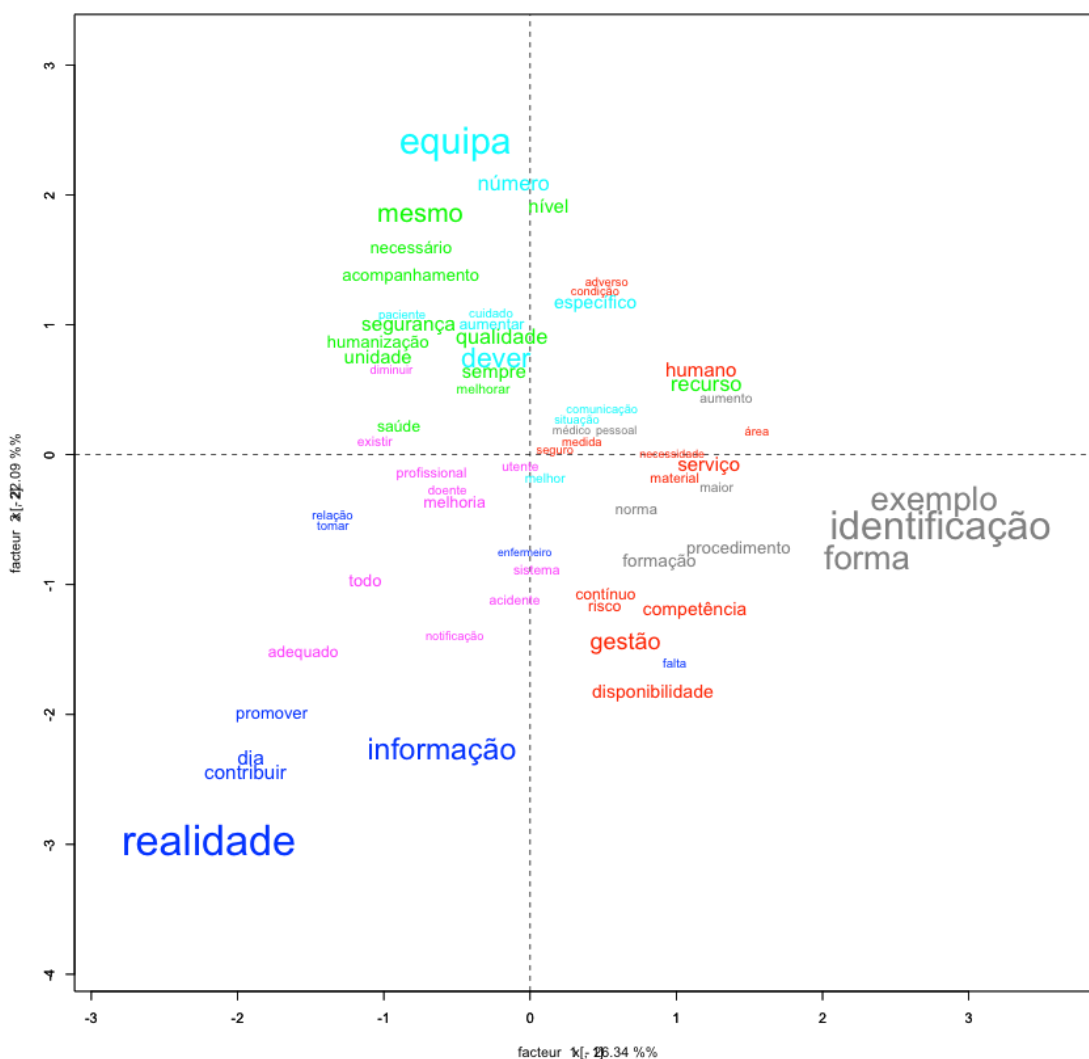


Figura 19. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Projeção fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais.**

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq AFC2DL.png

Consegue-se encontrar nas projeções dois fatores, o fator 1 e o fator 2 que representam 48% da importância da agregação das palavras (tabela 117).

Tabela 117. Sugestões dos **profissionais** para a melhoria das condições **de segurança** do paciente: **Peso fatorial das Classes dos agrupamentos lexicais.**

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq afc\_factor.csv

	Valeurs propres	Pourcentages	Pourcentage cumules
<b>Facteur 1</b>	0.320126731	26.33965138	26.33965138
<b>Facteur 2</b>	0.268537623	22.09496020	48.43461159
Facteur 3	0.227330429	18.70448071	67.13909229
Facteur 4	0.217452290	17.89171905	85.03081134
Facteur 5	0.181932454	14.96918866	100

## 5.4 Análise de Modelos Teóricos

### 5.4.1 Análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente: Perspetiva dos Pacientes”

O objetivo desta análise neste estudo foi verificar se o instrumento utilizado na avaliação Multidimensional da Segurança do Doente, aplicado aos pacientes nas instituições de saúde explica a Segurança do Paciente na Perspetiva dos Pacientes.

O modelo baseado na pesquisa efetuada é mostrado na figura 20 e contém três tipos de variáveis que devem ser incluídas num modelo de equações estruturais e o número de dimensões foi alocado pelas respetivas variáveis latentes.

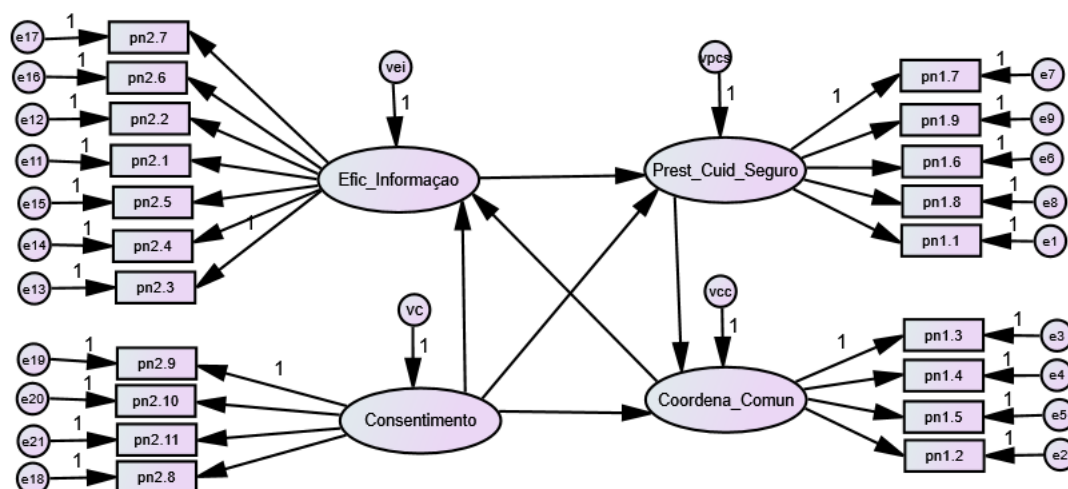


Figura 20. Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspetiva dos Pacientes.

*Fonte: elaboração própria (output Amos v23)*

Nota: Prest\_Cuid\_Seguro (FAC1\_1: Prestação de cuidados seguros); Coordena\_Comun (FAC2\_1: Coordenação e comunicação); Efic\_Informação (FAC1\_2: Eficácia da informação); Consentimento (FAC2\_2: Consentimento informado).

Tabela 118. Valores das regressões múltiplas do modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Pacientes.

Fonte: output Amos v23

			Estimate	S.E.	C.R.	P-value	Label	Estimate Standardized
Coordena_Comun	<---	Consentimento	-.185	.188	-.985	.325	par_5	-.147
Efic_Informação	<---	Consentimento	1.111	.154	7.213	***	par_20	.803
Prest_Cuid_Seguro	<---	Consentimento	.659	.222	2.973	.003	par_21	.565
pn1.2	<---	Coordena_Comun	1.022	.110	9.271	***	par_1	.697
pn2.3	<---	Efic_Informação	1.000					.794
pn2.5	<---	Efic_Informação	1.015	.071	14.248	***	par_2	.824
pn2.2	<---	Efic_Informação	.947	.068	13.932	***	par_3	.819
pn2.6	<---	Efic_Informação	.820	.064	12.808	***	par_4	.758
pn1.6	<---	Prest_Cuid_Seguro	1.028	.073	14.006	***	par_7	.793
pn1.9	<---	Prest_Cuid_Seguro	1.002	.079	12.670	***	par_8	.774
pn1.7	<---	Prest_Cuid_Seguro	1.000					.837
pn1.8	<---	Prest_Cuid_Seguro	.835	.082	10.201	***	par_9	.638
pn1.1	<---	Prest_Cuid_Seguro	.615	.106	5.782	***	par_10	.390
pn1.5	<---	Coordena_Comun	.834	.152	5.502	***	par_11	.613
pn1.4	<---	Coordena_Comun	.868	.158	5.485	***	par_12	.598
pn1.3	<---	Coordena_Comun	1.000					.721
pn2.4	<---	Efic_Informação	1.019	.079	12.915	***	par_13	.760
pn2.1	<---	Efic_Informação	.918	.068	13.544	***	par_14	.801
pn2.7	<---	Efic_Informação	.957	.089	10.792	***	par_15	.663
pn2.10	<---	Consentimento	1.086	.134	8.077	***	par_16	.646
pn2.11	<---	Consentimento	1.103	.173	6.375	***	par_17	.507
pn2.8	<---	Consentimento	1.210	.178	6.783	***	par_18	.598
pn2.9	<---	Consentimento	1.000					.624
Coordena_Comun	<---	Prest_Cuid_Seguro	.601	.160	3.748	***	par_6	.556
Prest_Cuid_Seguro	<---	Efic_Informação	.182	.138	1.320	.187	par_19	.216
Efic_Informação	<---	Coordena_Comun	-.036	.083	-.436	.663	par_22	-.033

Nota: Prest\_Cuid\_Seguro (FAC1\_1: Prestação de cuidados seguros); Coordena\_Comun (FAC2\_1: Coordenação e comunicação); Efic\_Informação (FAC1\_2: Eficácia da informação); Consentimento (FAC2\_2: Consentimento informado); S.E.: Approximate standard error; C.R.: Critical ratio

Uma vez que os critérios de validade das construções foram avaliados anteriormente, a saber, a validade convergente e discriminante, nesta etapa, os testes para verificar o quão bem a teoria se ajusta aos dados será feita. Para tanto, foram utilizados alguns índices de ajuste absolutos e incrementais para verificar o ajuste do modelo geral.

Os índices de ajuste absoluto medem o quão bem o modelo especificado reproduz os dados observáveis, ditando como a teoria se adapta aos dados da amostra. Os índices de ajuste incremental são diferentes dos primeiros porque eles avaliam como um modelo especificado se ajusta em relação a um modelo alternativo (Maroco, 2007).



Os índices de aderência do modelo de equações estruturais sobre a segurança do paciente na perspectiva dos pacientes nas instituições de saúde são apresentados na tabela 119.

Tabela 119. Índices de aderência do modelo de equação estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Pacientes.

Fonte: output Amos v23

Índices	Explanation	Valores obtidos	Valores admissíveis
CMIN	chi-square value (Minimum of discrepancy function)	466.475	chi-square value (Chi <sup>2</sup> )
CMIN/DF	chi-square value / Degrees of freedom	2.844	≤ 5
GFI	Goodness of fit index	0.844	0=poor fit; 1=exact fit
NFI	Normed Fit Index	0.814	A: 0=poor fit; close to 1=good fit B: NFI>0.90. 0.95: good fit
IFI	Incremental Fit Index	0.871	0=poor fit; close to 1=very good fit
TLI	Tucker-Lewis Index	0.849	0=poor fit; close to 1=very good fit
CFI	Comparative Fit Index	0.870	A: 0=poor fit; close to 1=very good fit; B: CFI >.95: good fit
PRATIO	Parsimony-adjusted Normed Fit Index	0.863	0=poor fit; close to 1= good fit
PCFI	Parsimony-adjusted Comparative Fit Index	0.751	0=poor fit; close to 1= good fit
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.088 LO 90: 0.078; HI 90: 0.097	≤ 0.08

Considera-se um bom ajuste quando a razão entre  $\chi^2$ /graus de liberdade não excede 5. Os modelos especificados são, normalmente, rejeitados pelos testes de excelência (ajuste perfeito), devido à sua complexidade e ao número de restrições. Neste caso considera-se, por conseguinte, que o ajuste é perfeito (CMIN/DF = 2.844)

O NFI (Normed Fit Index), que compara o modelo hipotético com o modelo de independência. Varia entre 0 e 1, neste caso NFI=0.814 considerando-se aceitável (considerando-se um bom ajuste valores >0,90). Tendência para subestimar o ajuste em amostras pequenas.

O CFI (Comparative Fit Index), que se interpreta de forma idêntica ao NFI, trata-se de uma correção ao mesmo para o tamanho da amostra. Este apresenta um valor superior (CFI = 0.870), aproximando-se de bom.

Quanto ao RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), reconhecido como um dos critérios mais informativos sobre MEE em estruturas de co-variâncias. O RMSEA tem

em conta o erro de aproximação na população, cuja medida de discrepância é expressa em graus de liberdade. É sensível ao número de parâmetros estimados no modelo. Valores menores que 0.05 indicam bom ajuste, e valores maiores que 0,08 representam erros razoáveis na aproximação com a população. No nosso modelo o valor de RMSEA=0.088, pode ser um indicativo de adequado a bom ajuste entre o modelo hipotético e os dados observados.

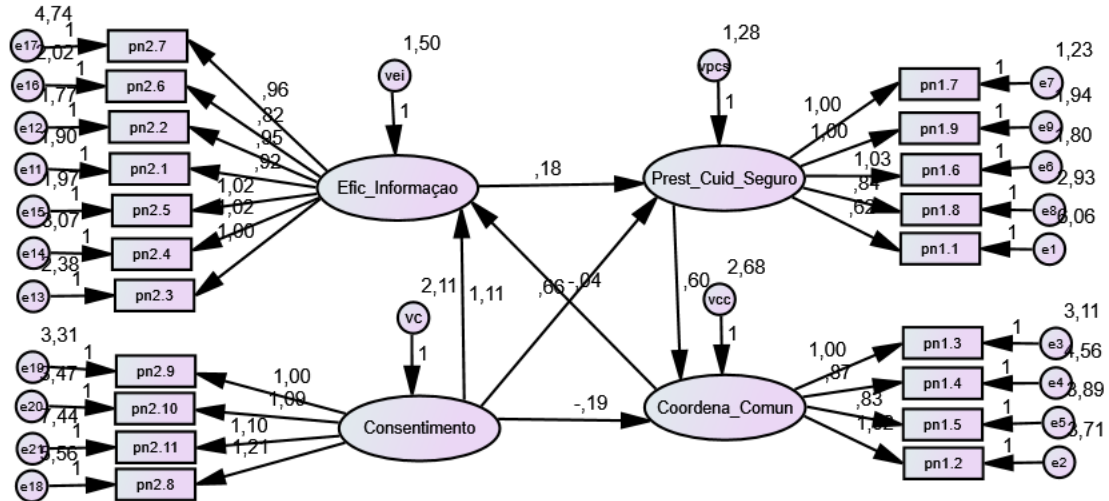


Figura 21. Estimativas estandardizadas e valores de regressão do Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Pacientes.

Os indicadores associados a cada uma das variáveis latentes são relevantes, uma vez que, são muito bem explicados pelas respetivas variáveis latentes, apresentando  $\beta_s > 0,7$ .

A variável latente “Consentimento” tem um efeito direto relevante sobre a variável latente “Efic\_Infomacao” ( $r=1.11$ ) e moderado com a variável latente “Prest\_Cuid\_Seguro” ( $r=0.659$ ). A variável latente “Prest\_Cuid\_Seguro” tem um efeito moderado sobre a variável latente “Coordena Comum” ( $r=0.601$ ).

#### 5.4.2 Análise do modelo teórico do “Questionário sobre a Segurança do Paciente: Perspetiva dos Profissionais”

O objetivo desta análise neste estudo foi verificar se o instrumento utilizado na avaliação Multidimensional da Segurança do Doente, aplicado aos profissionais de saúde nas instituições de saúde explica a Segurança do Paciente na Perspetiva dos Profissionais.

O modelo baseado na pesquisa efetuada é mostrado na figura 21 e contém três tipos de variáveis que devem ser incluídas num modelo de equações estruturais e o número de dimensões foi alocado pelas respectivas variáveis latentes.

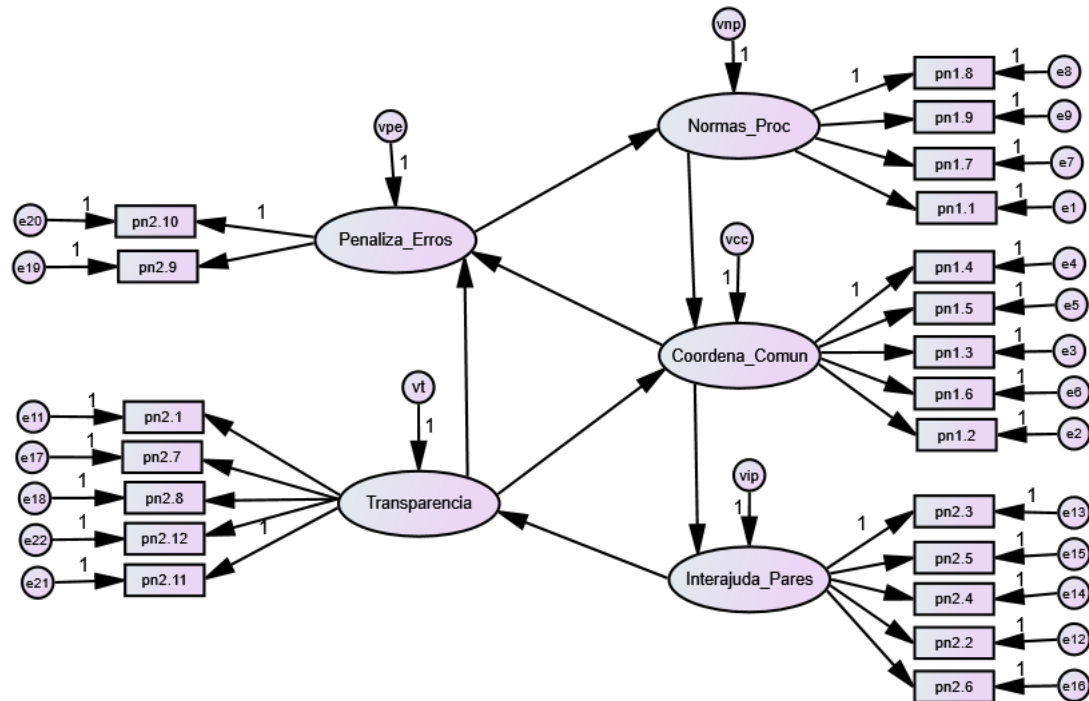


Figura 22. Modelo estrutural da Segurança do Paciente na Perspetiva dos Profissionais.  
Fonte: elaboração própria (output Amos v23)

Nota: Normas\_Proc (FAC1\_1: Conhecimento das normas e procedimentos); Coordena\_Comun (FAC2\_1: Coordenação e comunicação); Interajuda\_Pares: (FAC1\_2: Interajuda entre pares); Transparencia: (FAC2\_2: Transparência da gestão da unidade: divulgação, aplicação de medidas, etc.); Penalização\_Erros (FAC3\_2: Cultura de penalização pelos erros).

Tabela 120. Valores das regressões múltiplas do modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Profissionais.

Fonte: output Amos v23

			Estimate	S.E.	C.R.	P-value	Label	Estimate Standardized
pn1.4	<---	Coordena_Comun	1.000					.659
pn1.5	<---	Coordena_Comun	.974	.108	9.001	***	par_1	.674
pn1.3	<---	Coordena_Comun	.866	.103	8.405	***	par_2	.588
pn1.6	<---	Coordena_Comun	.844	.114	7.406	***	par_3	.557
pn1.2	<---	Coordena_Comun	.541	.105	5.145	***	par_4	.340
pn2.3	<---	Interajuda_Pares	1.000					.838
pn2.5	<---	Interajuda_Pares	1.000	.051	19.742	***	par_5	.856
pn2.4	<---	Interajuda_Pares	1.077	.061	17.645	***	par_6	.818
pn2.2	<---	Interajuda_Pares	.840	.058	14.451	***	par_7	.700
pn2.6	<---	Interajuda_Pares	.675	.072	9.332	***	par_8	.492
pn2.9	<---	Penalização_Erros	.400	.101	3.977	***	par_9	.264
pn2.10	<---	Penalização_Erros	1.000					.721
pn1.9	<---	Normas_Proc	.938	.075	12.476	***	par_10	.739
pn1.8	<---	Normas_Proc	1.000					.818
pn1.7	<---	Normas_Proc	.802	.063	12.755	***	par_11	.723
pn1.1	<---	Normas_Proc	.485	.078	6.184	***	par_12	.363
pn2.11	<---	Transparencia	1.000					.674
pn2.12	<---	Transparencia	.999	.083	12.092	***	par_13	.715
pn2.7	<---	Transparencia	.927	.128	7.248	***	par_14	.526
pn2.1	<---	Transparencia	1.131	.189	5.971	***	par_15	.382
pn2.8	<---	Transparencia	1.001	.118	8.495	***	par_16	.692
Coordena_Comun	<---	Transparencia	-.114	.088	-1.296	.195	par_17	-.126
Normas_Proc	<---	Penalização_Erros	.247	.093	2.659	.008	par_18	.228
Penalização_Erros	<---	Coordena_Comun	-.150	.083	-1.808	.071	par_19	-.141
Transparencia	<---	Interajuda_Pares	.579	.064	8.989	***	par_20	.604
Coordena_Comun	<---	Normas_Proc	.221	.066	3.339	***	par_21	.254
Interajuda_Pares	<---	Coordena_Comun	.006	.107	.059	.953	par_22	.005
Penalização_Erros	<---	Transparencia	.762	.095	7.996	***	par_23	.791

Nota: Normas\_Proc (FAC1\_1: Conhecimento das normas e procedimentos); Coordena\_Comun (FAC2\_1: Coordenação e comunicação); Interajuda\_Pares: (FAC1\_2: Interajuda entre pares); Transparencia: (FAC2\_2: Transparência da gestão da unidade: divulgação, aplicação de medidas, etc.); Penalização\_Erros (FAC3\_2: Cultura de penalização pelos erros); S.E.: Approximate standard error; C.R.: Critical ratio.

Uma vez que os critérios de validade das construções foram avaliados anteriormente, a saber, a validade convergente e discriminante, nesta etapa, os testes para verificar o quão bem a teoria se ajusta aos dados será feita. Para tanto, foram utilizados alguns índices de ajuste absolutos e incrementais para verificar o ajuste do modelo geral.

Os índices de ajuste absoluto medem o quão bem o modelo especificado reproduz os dados observáveis, ditando como a teoria se adapta aos dados da amostra. Os índices de ajuste incremental são diferentes dos primeiros porque eles avaliam como um modelo especificado se ajusta em relação a um modelo alternativo (Maroco, 2007).

Os índices de aderência do modelo de equações estruturais sobre a segurança do paciente na perspectiva dos profissionais nas instituições de saúde são apresentados na tabela 121.

Tabela 121. Índices de aderência do modelo de equação estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Profissionais.

Fonte: output Amos v23

Índices	Explanation	Valores obtidos	Valores admissíveis
CMIN	chi-square value (Minimum of discrepancy function)	563.991	chi-square value (Chi <sup>2</sup> )
CMIN/DF	chi-square value / Degrees of freedom	3.099	≤ 5
GFI	Goodness of fit index	0.872	0=poor fit; 1=exact fit
NFI	Normed Fit Index	0.793	A: 0=poor fit; close to 1=good fit B: NFI>0.90. 0.95: good fit
IFI	Incremental Fit Index	0.850	0=poor fit; close to 1=very good fit
TLI	Tucker-Lewis Index	0.825	0=poor fit; close to 1=very good fit
CFI	Comparative Fit Index	0.848	A: 0=poor fit; close to 1=very good fit; B: CFI >.95: good fit
PRATIO	Parsimony-adjusted Normed Fit Index	0.867	0=poor fit; close to 1= good fit
PCFI	Parsimony-adjusted Comparative Fit Index	0.735	0=poor fit; close to 1= good fit
RMSEA	Root mean squared error of approximation	0.076 LO 90: 0.069; HI 90: =.083	≤ 0.08

Para lembrar o que foi indicado no capítulo de metodologia, quanto mais perto os índices de ajuste (GFI, NFI, IFI, TLI, CFI, PRATIO e PCFI) são para 1, o melhor que o modelo se adapta aos dados (Maroco, 2007).

Estes resultados mostram que este modelo de mensuração é validado e que é possível progredir para análise de modelagem de equações estruturais (SEM).

O modelo estrutural representa a teoria, enfocando as relações entre as construções. Os modelos estruturais diferem dos modelos de medição porque a ênfase é dada à natureza e magnitude das relações de construção em vez de relações entre dimensões e variáveis.

Em ambos os modelos estruturais apresentados abaixo, essas variáveis exógenas aparecerão como círculos, contendo dentro da designação (e ...) das dimensões influenciadas do nosso instrumento.

Nos modelos estruturais apresentados abaixo, essas variáveis endógenas aparecerão como retângulos, contendo dentro da designação (D ...) das respectivas dimensões do nosso instrumento, que influenciam as respectivas variáveis de contexto (interno e externo) e de resultado.

As variáveis latentes são variáveis no modelo que não são medidas. Estas também podem ser chamadas de variáveis não mensuradas ou não observadas ou como fatores e estão representadas em formas ovais.

Considera-se um bom ajuste quando a razão entre  $\chi^2$ /graus de liberdade não excede 5. Os modelos especificados são, normalmente, rejeitados pelos testes de excelência (ajuste perfeito), devido à sua complexidade e ao número de restrições. Neste caso considera-se, por conseguinte, que o ajuste é perfeito (CMIN/DF = 3.099)

O NFI (Normed Fit Índice), que compara o modelo hipotético com o modelo de independência. Varia entre 0 e 1, neste caso NFI=0.793 considerando-se aceitável (considerando-se um bom ajuste valores >0.90). Tendência para subestimar o ajuste em amostras pequenas.

O CFI (Comparative Fit Index), que se interpreta de forma idêntica ao NFI, trata-se de uma correção ao mesmo para o tamanho da amostra. Este apresenta um valor superior (CFI = 0.848), aproximando-se de bom.

Quanto ao RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), reconhecido como um dos critérios mais informativos sobre MEE em estruturas de co-variâncias. O RMSEA tem em conta o erro de aproximação na população, cuja medida de discrepância é expressa em graus de liberdade. É sensível ao número de parâmetros estimados no modelo. Valores menores que 0.05 indicam bom ajuste, e valores maiores que 0.08 representam erros razoáveis na aproximação com a população. No nosso modelo o valor de RMSEA=0.076, pode ser um indicativo de adequado a bom ajuste entre o modelo hipotético e os dados observados.

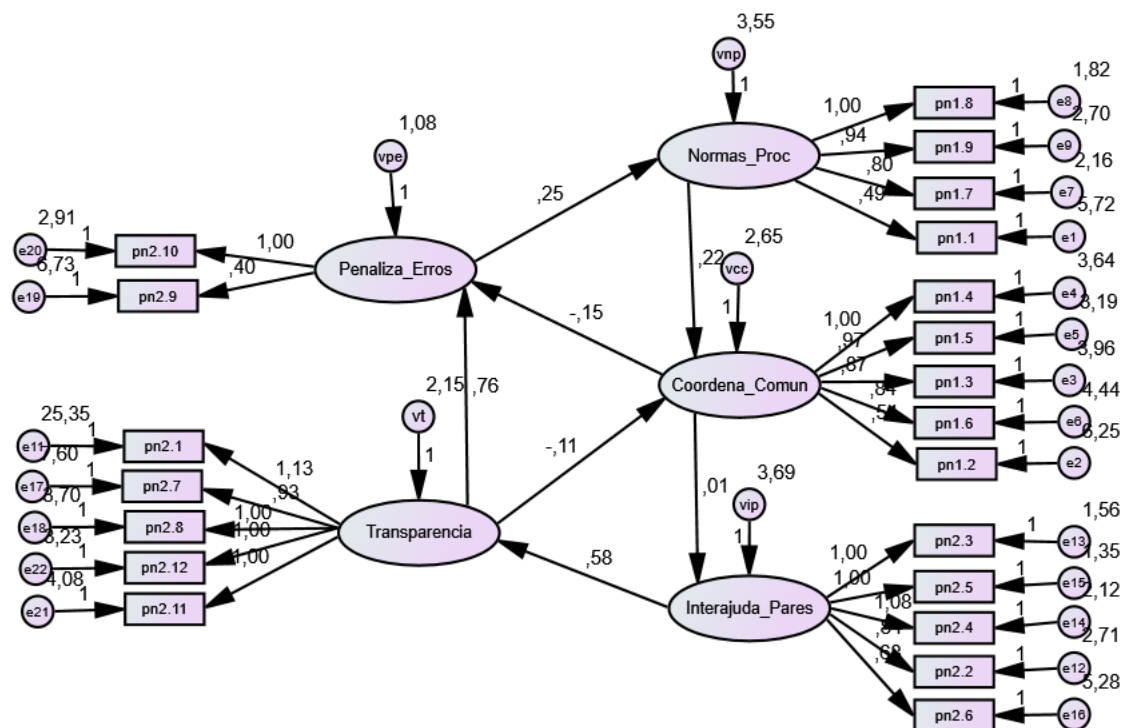


Figura 23. Estimativas estandardizadas e valores de regressão do Modelo estrutural da Segurança do Paciente na perspectiva dos Profissionais.

Fonte: output Amos v23

Os indicadores associados a cada uma das variáveis latentes são relevantes, uma vez que, com exceção dos indicadores “pn1.2” ( $\beta=0.54$ ), “pn2.6” ( $\beta=0.68$ ), “pn2.9” ( $\beta=0.40$ ), “pn1.1” ( $\beta=0.49$ ), os restantes são muito bem explicados pelas respetivas variáveis latentes, apresentando  $\beta_s > 0.7$ .

A variável latente “Transparência” tem um efeito direto relevante sobre a variável latente “Penaliza Erros” ( $r=0.76$ ) e a variável latente “entrajuda Pares” um efeito moderado sobre variável latente “Transparência” ( $r=0.58$ ).





## ***Capítulo VI***

---

**Discussão**

---



## Capítulo VI – Discussão

---

A segurança do paciente tem recebido maior atenção nos últimos anos, mas principalmente focada na epidemiologia de erros e eventos adversos, em vez de práticas que reduzem tais eventos (AHRQ, 2001).

A característica mais importante dos serviços, e provavelmente a única realmente única, é o facto de que serviços são processos, não coisas (Grönroos, 2006).

A estrutura é componente que corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial como recursos físicos, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e normas de procedimentos técnico-administrativos, e condições organizacionais. A componente processo corresponde à prestação assistencial segundo *guidelines*, definidas e aceites na comunidade científica e, a utilização dos recursos nos seus aspetos quantitativos e qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e a prestação de cuidados. Os resultados são uma componente do processo correspondem às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do doente relativamente à prestação dos cuidados e do trabalhador relativamente ao ressarcimento pelo desempenho (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006).

Donabedian, investigador dedicado à temática da qualidade em saúde no início da década de noventa já considerou sete atributos como os pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, designadamente a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990). Posteriormente foram acrescentados por Vuori a acessibilidade, adequação e, qualidade técnico-científica (Vuori, 1993) e a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o utilizador (Acurcio, Cherchiglia & Santos, 1991).

Modelos e métodos de sistemas de trabalho precisam de ser desenvolvidos e implementados para impulsionar a pesquisa e o desenvolvimento dos projetos relativos à segurança do doente (Carayon *et al.*, 2006).

O contexto da segurança do paciente apresenta diferenças consoante o país, e é resultado da formação académica e treino dos profissionais de saúde (Lee, Allen & Daly, 2012). Há necessidade de desenvolver uma metodologia capaz de avaliar a realidade do contexto da SD que tenha em consideração para além dos conhecimentos prévios do profissional resultantes da sua formação académica, integre também os aspetos socioculturais (Wong, Etchells, Kuper, Levinson & Shojania, 2010). São vários os instrumentos psicométricos conhecidos internacionalmente que se propõem a avaliar os conhecimentos, habilidades e comportamentos sobre SD resultantes da formação inicial dos profissionais (Pearson, Steven, Howe, Sheikh, Ashcroft & Smith, 2010). Contudo, na sua grande maioria, estes estudos demonstram capacidade limitada na avaliação psicométrica e não refletem as competências da segurança do paciente estabelecidas ao nível nacional e internacional (WHO, 2011).

Os instrumentos desenvolvidos nesta investigação, pretendem avaliar um largo espectro das competências da segurança do doente ao usar conjuntamente com as técnicas de análise psicométricas e de análise confirmatória de fatores de forma a preencher a falha existente na literatura em profissionais e doentes.

A nossa investigação vai para além da abordagem conservadora que é realizada à SD, pela primeira vez pretende-se fechar o ciclo de intervenientes, ao “ouvir” o principal interessado para o qual foi criado o sistema de saúde, o Paciente. À semelhança do que é realizado aos Profissionais, reconhecendo desde logo que os seus constructos sobre SD, são de matriz diferente. Os conhecimentos dos Profissionais são alicerçados na sua formação académica com as permanentes mudanças resultantes do processo evolutivo do contexto de saúde e da sua formação contínua. Por outro lado, os Pacientes que partem duma conceção ingénuo que é construída no pressuposto de entrega a uma equipa de profissionais de saúde que está presente para o servir e ele disposto a aceitar.

A perspectiva do paciente quanto à sua segurança quando sujeito à prestação de cuidados de saúde é um contributo ímpar, porque pela primeira vez, a parte interessada em que o sistema de saúde funcione na sua plenitude é auscultado.

É da comunhão de interesses dos Pacientes e Profissionais na SD que esteve na origem deste trabalho, posto isto, a discussão de resultados será efetuada em três subcapítulos, o primeiro onde se abordará a perspectiva do Paciente quanto à SD, o segundo abordar-se-á a perspectiva do Profissional quanto à SD e por último o terceiro subcapítulo onde faremos a discussão dos resultados obtidos pelos Profissionais e Pacientes em simultâneo com particular enfoque na análise de conteúdo das perguntas abertas.

## **6.1 Discussão – Utentes/Pacientes/Doentes**

### **6.1.1 Avaliação da perceção da segurança do Doente pelos Pacientes**

Neste subcapítulo apresentamos a discussão dos resultados para os Pacientes, interpretando-os e relacionando-os com a componente concetual apresentada no capítulo do enquadramento teórico, assim como com alguns estudos de investigação desenvolvidos nesta temática.

Avaliação da perceção de segurança pelos Utentes é um fator atualmente considerado relevante para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, algo que surge como uma nova tendência, contrastando com as avaliações mais datadas que excluía de consideração a perspectiva dos doentes relativa à qualidade dos seus cuidados. “A experiência do paciente é cada vez mais reconhecida como um dos três pilares da qualidade em saúde, juntamente com a eficácia clínica e a segurança do doente.” (Doyle, Lennox & Bell, 2013), contudo esta experiência é de difícil avaliação.

Os pacientes têm um conhecimento diminuto sobre os aspetos da qualidade técnica, mas, em geral não apresentam dificuldades na avaliação do lado interpessoal (Urdan, 2001).

Os questionários de autopreenchimento são utilizados como um instrumento de recolha de informação em estudos que pretendem conhecer uma amostra de uma população com base num conjunto de questões sobre uma temática, num curto espaço de tempo. As limitações deste tipo de instrumento são conhecidas, das quais se salienta a perda

de interesse pelo respondente devido ao elevado número de questões e às indicações impostas pelas mesmas.

Relativamente ao preenchimento dos questionários nesta investigação, este foi solicitado presencialmente a colaboração de todos Utentes do CHUA e ARS (ACES Sotavento e ACES Central) presentes à data da recolha, maiores de 18 anos, e disponíveis para a realização do estudo.

O nosso estudo contempla a análise de 241 questionários preenchidos pelos utentes das Unidades de saúde em estudo. A percentagem dos questionários preenchidos pode ser repartida por 65.1% por utentes hospitalares e 34.9% por utentes dos centros de saúde. Os pacientes incluídos na amostra apresentam uma idade média global de cerca de 51.19 anos, apresentando utentes dos centros de saúde uma média de idades de 45.76 anos e os utentes do hospital uma média de 54.06 anos. Quanto ao sexo 70.1% dos respondentes são mulheres, evidenciado também separadamente 71.3% no hospital e 67.97%, nos centros de saúde, uma vez que a média de idades é elevada, observou-se que 23.7% têm o primeiro ciclo de escolaridade. Apenas 16.1% da totalidade dos pacientes possuem habilitação superior, dos quais 20.3% pertencem aos centros de saúde e 14% pertencem ao hospital. Os participantes no estudo são residentes em Portugal, 44% são trabalhadores por conta de outrem e 26.6% são reformados.

### **6.1.2 A cultura de SD – Pacientes**

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve – Portugal” (AMSDISRA) permitem-nos observar a perceção que os utentes participantes têm sobre os diferentes temas relacionados com a cultura de segurança do doente, nas quais se incluem a gestão e a organização da unidade de saúde, a experiência e ocorrências durante a estada na unidade de saúde, experiência em relação ao erro clínico.

### **6.1.3 Gestão e organização da Unidade de Saúde**

Quanto à perceção dos utentes do nosso estudo relativamente à gestão e organização da Unidade de Saúde à pergunta, “Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura”, 34.4% dos pacientes

concorda totalmente (pontuação média de 8.16), apenas 1.2% discorda quanto à prestação segura. No hospital 45.2% responde que concorda totalmente embora nos centros de saúde essa percentagem diminua para 14%. No entanto se analisarmos as respostas dos utentes no intervalo de 8 a 10 as percentagens de satisfação apresentam valores de 75.1% e 63.1% respetivamente. Dados do estudo de Mira, *Vitaller, Lorenzo, Royuela, Pérez-Jover & Aranz, (2012)*, indicam que menos da metade dos espanhóis esperam que erros clínicos ocorram, enquanto a maioria acredita que eles são improváveis.

No estudo de Vincent (2009), os participantes consideraram a organização do ambiente e a oferta de equipamentos em boa qualidade como atitudes essenciais para a garantia do ambiente seguro. A ausência desses aspetos predispõe um ambiente propício aos riscos de eventos adversos. No nosso estudo a perceção respeitante à questão, “Considera seguras as instalações da unidade de saúde”, 55.2% dos pacientes responde entre 8 e 10 sendo 10 concordo totalmente (com uma média de 7.53), apenas 2.1% dos respondentes considera as instalações inseguras. Analisando separadamente as instituições, 31.2% dos respondentes a nível hospitalar concordam totalmente enquanto que apenas 13.1 % dos congéneres do centro de saúde têm a mesma opinião. Analisadas as respostas dos utentes no intervalo de 8 a 10 a percentagem de satisfação apresenta valores de 65 % e 36.9% respetivamente.

Relativamente a questão relacionada com o número adequado de profissionais para a prestação e cuidados (“Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades”) com uma média de 4.92, 43.2% discorda (resposta entre 1 e 4) considerando haver falta de recursos humanos. Apenas 10.4% da amostra total considera suficiente o número de recursos humanos. As respostas à questão variam entre unidades, 36.9% dos pacientes utilizadores do hospital respondem entre 1 e 4 face aos 54.5% que respondem da mesma forma.

O Relatório de Primavera 2018 “Meio Caminho Andado”, (Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2018), embora não corrobore na totalidade esta perceção dos doentes, refere a inexistência do número de profissionais em exercício, e que os indicadores utilizados, como o nº de profissionais existentes noutros países não podem ser usados como referência em virtude do modelo de Sistema Nacional de Saúde.

Contudo, a despesa com recursos humanos em saúde do país está abaixo da média dos países desenvolvidos (variou entre 32-34%, no período de 2010 a 2015, enquanto o valor internacional de referência está estimado em 38%).

Quanto à pergunta “Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais”, 52% dos doentes não acha ou não consegue definir a existência de colaboração entre os profissionais distinguindo entre proveniência não existem diferenças significativas. E no que diz respeito “Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde”, 39.8% dos pacientes tem a sensação ou a certeza de que existe falta de comunicação entre os profissionais estes resultados vão ao encontro do descrito no estudo de revisão de Weller, *Boyd & Cumin*, (2014) onde em áreas específicas em que a partilha de informação se mostrou inadequada são a interface entre contextos, tais como transferências interdepartamentais, ou transferências dos cuidados primários para os secundários; configurações de alta-acuidade, como o departamento de emergência ou departamento de cirurgia; entrega de pacientes na passagem do turno; e partilha de informações entre fronteiras profissionais (médicos e enfermeiros). No entanto se analisarmos as respostas dos utentes no intervalo de 8 a 10 a percentagem de concordância total com a questão apresenta valores de 24.8% e 14.3% respetivamente no hospital e centro de saúde respetivamente.

No estudo sobre transferências de internamento, menos da metade dos médicos internos sentiu-se confiante nas suas transferências de pacientes (Pronovost *et al.*, 2003). Noutro estudo observacional de comunicações de bloco operatório, a Lingard *et al.* (2004) classificaram mais de um quarto dos eventos de comunicação como falhas, e 36% deles tiveram efeitos adversos visíveis, incluindo ineficiência, desperdício, atraso, tensão e erro processual. A Joint Commission (2012), demonstrou que os problemas de comunicação são os mais comumente encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela até 70% dos casos, a saber, informação nunca foi transmitida, informação dada, mas recebida de modo impreciso, informação transmitida, mas não recebida, respetivamente.

Na opinião do comité de segurança do doente e melhoria da qualidade do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (CSDMQ-CAOG) (2014), refere a importância da problemática da inequidade na comunicação com o doente, onde dá o exemplo do



relatório do Instituto de Medicina (2003) que publicou detalhando a importância do cuidado centrado no paciente e da comunicação intercultural como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde entre os grupos de pacientes. Diferenças entre médicos e pacientes, incluindo cultura, gênero, raça e religião, podem introduzir viés na comunicação médico-paciente. O que está de acordo com os dados encontrados no nosso estudo, onde a maioria (58.1%) dos doentes concorda que há diferenças no que concerne à linguagem utilizada entre profissionais e pacientes sendo este valor idêntico nas duas áreas de cuidado.

Na percepção relativamente à confiança nos cuidados prestados pelos profissionais (“Confia nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais”), 68.5% dos respondentes confia de forma clara na prestação por parte dos profissionais (responde 8,9 e 10). Se

Na revisão sistemática de Brennan *et al.*, (2013), evidenciou-se que houve um aumento na confiança na relação prestador-paciente desde a revisão sistemática anterior por Rowe (2004), em 2017, Birkhauer e colaboradores, concluíram na sua meta análise que do ponto de vista clínico, os pacientes relataram comportamentos de saúde mais benéficos, menos sintomas e maior qualidade de vida e mais satisfeitos com o tratamento quando tinham maior confiança no seu profissional de saúde.

Quando questionados no nosso estudo, “Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde”, 51.9% sente-se seguro (respondendo entre 8 e 10), apenas 2,5% da amostra discorda. A análise individual evidencia que existe alguma diferença entre os valores relativos ao hospital 56% e cuidados de saúde primários 44%.

Lee & Lin (2011), no seu estudo verificaram que a associação entre confiança e resultado de saúde difere entre os estudos individuais. Por exemplo, numa amostra de pacientes com diabetes, a confiança no profissional de saúde mostrou-se positivamente relacionada aos desfechos objetivos e subjetivos da saúde (controle glicémico, qualidade de vida relacionada à saúde e satisfação do paciente). Em contraste no estudo de Durant, McClure, Halanych, Lewis, Prineas, Glasser & Safford (2010), não houve

associação significativa entre confiança no profissional de saúde e desfechos subjetivos (controle da pressão arterial) em pacientes com hipertensão.

#### **6.1.4 Experiência durante a estada na Unidade de Saúde**

Durante a estada na Unidade de Saúde, os pacientes relativamente à transmissão de informação pelos profissionais estes referiram que em relação à sua situação clínica (P2.1), sobre o seu tratamento (P2.2) e colocação de dúvidas (P2.3) na sua grande maioria obteve resposta por parte dos profissionais de saúde, com as seguintes percentagens 59.3%, 58.9% e 55.6%, respetivamente. No que concerne à análise específica aos cuidados hospitalares as percentagens de satisfação relativas às questões anteriores são de 66.2%, 66.9% e 61.8%, a satisfação nos cuidados de saúde primários, apresenta valores de 46.4%, 44% e 44%, respetivamente. Esta avaliação permite verificar que a nível da transmissão de informação os utentes dos cuidados hospitalares estão mais satisfeitos.

Para Simpson, Buckman, Stewart, Maguire, Lipkin, Novack & Till, (1991), desenvolver a comunicação eficaz entre paciente e médico requer habilidade na condução de entrevistas centradas no paciente, conversando de forma atenciosa e comunicativa, e a tomada de decisão deve ser partilhada com os pacientes. A concretização de uma entrevista eficaz centrada no paciente deve considerar cinco etapas: 1. Preparação do “cenário” para a entrevista (30-60 s); 2. Saber a principal preocupação (do utente) e definição de uma agenda (1-2 min); 3. Começar a entrevista com habilidades não focadas que ajudam o paciente a expressar-se (30-60 s); 4. Usar habilidades de foco para aprender 3 coisas: História dos Sintomas, Contexto Pessoal e Contexto Emocional (3-10 min); 5. Transição para o meio da entrevista (fase centrada no clínico) (30-60 s) (Fortin, Dwamena, Frankel & Smith, 2012). Para tal é necessário o domínio de habilidades de comunicação eficazes: 1) conforto, 2) aceitação, 3) responsividade e 4) empatia. O conforto e a aceitação referem-se à capacidade do médico de discutir tópicos difíceis sem demonstrar desconforto e a capacidade de aceitar as atitudes do paciente sem demonstrar irritação ou intolerância. Responsividade e empatia referem-se à capacidade de reagir positivamente a mensagens indiretas expressas por um paciente. Essas habilidades permitem ao médico entender o ponto de vista do paciente e incorporá-lo ao tratamento (Myerscough & Ford, 1996).

No nosso estudo com, 51.9% (7.03 da média das respostas entre 8 e 10) dos doentes concorda, que “Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas” tendo 6.2% evidenciado discordância. As respostas a esta questão quando analisadas por área de prestação apresentam valores percentuais dispares onde 58.6% dos utentes responde no intervalo de 8 a 10 tendo sido obtido pelos cuidados primários e para o mesmo intervalo uma percentagem de 39.3%.

No estudo de “Patients experience in Danish Hospitals” realizado pela *Unit of Patient Evaluation on behalf of the Danish Regions and the Danish Ministry of Interior and Health* em 2006, 63.8% dos doentes dão uma resposta positiva quanto à pessoa de contato para obter informações. O relatório da DGS, sobre o “Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português” (2015), quando o doente foi questionado se foi esclarecido de forma clara e perceptível pelo médico apresentou valores superiores (93.9%). Quanto ao envolvimento do utente na tomada de decisão cerca de 9% destes dizem que não foram envolvidos valor próximo ao do nosso estudo para questão idêntica (“Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu”), não obstante no nosso estudo 15.8% não concorda nem discorda. A nível hospitalar 50.3% (resposta entre 8 e 10) dos utentes considera ter-lhes sido solicitada a opinião sobre cuidados e tratamentos prestados com 12.1% a não concordar nem a discordar, nos cuidados de saúde primários a percentagem de concordância é de 38.1%. embora 22.6% não concorde nem discorde e 16.6% manifeste uma concordância pouco segura respondendo no intervalo 6 e 7.

No que diz respeito ao “... pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia”, 67.2% da população total concorda (com uma média de 7.98, respondendo entre 8 e 10) e apenas 2.1% discorda. Nos cuidados hospitalares a percentagem de resposta no mesmo intervalo é de 71.3% e nos cuidados de saúde primários é de 59.5%, embora a maioria dos respondentes concorde, este valor é discutível e pouco animador se consultarmos o relatório “Improving Patient Safety Through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy” do National Quality Forum (2005), onde conclui que o consentimento informado é um processo que está enraizado na comunicação efetiva entre médicos e pacientes. Considerando que o consentimento informado é um dever ético, profissional e legal dos prestadores de cuidados de saúde,

muitas vezes não recebe a atenção que merece. Estudos demonstram que, após concordar a receber cuidados, 18 a 45 % dos pacientes são incapazes de recordar os principais riscos da cirurgia, muitos não conseguem responder a perguntas básicas sobre os serviços ou procedimentos que concordaram receber, 44% desconhecem a natureza exata dos procedimentos da sua operação, e a maioria não entende (60%) ou lê (60 a 69%) a informação contida nos formulários de consentimento informado, apesar de assiná-los (Byrne *et al.*, 1988; Parker, 2000).

Quanto ao tempo de espera, 35.7% dos utentes do nosso estudo concorda (respondendo entre 8 e 10) que “Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo os profissionais acudiam rápido às suas chamadas.”, sendo a concordância de 46.5% nos hospitais e 15.5% nos cuidados de saúde primários. No que se refere aos valores de discordância 16.2% da amostra global discorda (respondendo entre 1 e 2). Comparando cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários é visível que a discordância, para o mesmo intervalo, relativa à questão apresentam percentagens de 12.1% e 23.8% respetivamente.

O Relatório do OPSS (2018), apenas retrata a preocupação quanto aos tempos de espera para as listas cirúrgicas e consultas não reportando o tempo de espera que antecede a consulta. No estudo Oche & Adamu (2013), realizado num hospital regional do Norte da Nigéria, 61% dos pacientes esperam entre 90 a 180 minutos no ambulatório, enquanto 36.1% ficavam menos de 5 minutos com o médico no consultório. Num estudo recente realizado na China por Xie & Or (2017), no departamento de endocrinologia de um grande hospital (1700 camas), o tempo de espera, tempo de atendimento, e tempo total no hospital em 49 utentes, foi de 150.5 minutos, 17.8 minutos e 168.3 respetivamente.

Quanto à confidencialidade 71.8% dos pacientes do nosso estudo, concorda que, “Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes)” com e 3.7% discorda. Podemos verificar que não existe diferença de valores nas duas áreas de cuidado. São poucos os estudos (Ribeiro, 2015) que têm no seu objeto de estudo a confidencialidade/proteção entre o utente e os profissionais de saúde que interagem com este durante a sua estada nas instituições de saúde, sendo a

sua abordagem feita com a preocupação da rotura desta quando a saúde da comunidade é colocada em causa pela patologia do utente.

Há diplomas legais específicos do direito da saúde em Portugal, que regulam o direito à confidencialidade dos dados dos pacientes e o dever de segredo que lhe corresponde. Com destaque para a Lei de Bases da Saúde que prevê na Base XIV que “os utentes têm direito a ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados” e temos também Cartas de Direitos dos Pacientes que abordam o direito à confidencialidade (Lei n.º 48/90; DGS, 1998).

Relativamente ao número de médicos que atendeu o paciente no geral (“Foi visitado por mais que um médico”) 28.6% concordam totalmente sendo o valor percentual para os cuidados hospitalares de 36.9% e 13.15 para os cuidados de saúde primários. A discordância global é de 12%, com 6.4% para os cuidados hospitalares e 22.1% para os cuidados de saúde primários. O que vai ao encontro da tendência internacional, particularmente em países anglo-saxónicos onde há menos médicos de cuidados primários e é mais difícil conseguir uma consulta e outros profissionais asseguram a prestação de cuidados. O tempo médio de espera para um novo paciente numa cidade grande para ter um médico de família, por exemplo, agora é de 29 dias, em comparação com 19.5 dias em 2014, segundo a firma de recrutamento Merritt Hawkins (Levine, 2018). Nos hospitais o número de especialistas e a complexidade do motivo que levou o utente ao hospital pode implicar/justificar o seu contacto com um maior número de profissionais de saúde (Gill, 2017).

### **6.1.5 Ocorrência de Eventos Adversos**

Quanto à ocorrência de Eventos Adversos, 7.5% dos pacientes do nosso estudo afirmaram ter sofrido um evento adverso (“Você acha que sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de saúde”). Os valores apresentados não evidenciam diferença entre áreas de atuação.

Este resultado apesar de inferior aos dos valores verificados no estudo “Patients experience in Danish Hospitals” realizado pela *Unit of Patient Evaluation on behalf of the Danish Regions and the Danish Ministry of Interior and Health* (2006), onde cerca de 20% dos pacientes afirmaram que tinham sofrido erros médicos relacionados com a sua

hospitalização é relevante (e preocupante) considerando que os nossos dados distam cerca de catorze anos. No nosso estudo estes eventos foram distribuídos de forma geral por, 37.5% infecção hospitalar, 18.8% reação alérgica, 18.8% reoperado, 18.8% queda, 35.5% erro de diagnóstico e 18.8% troca de identidade. Concretamente por local e tipo de ocorrência temos, para os cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários valores de 41.7% e 25% infecção hospitalar, 16.7% e 25% reação alérgica, 16.7% e 25.5% queda, 41.7% e 25% erro de diagnóstico e 25% e 0% troca de identidade, 16.7 e 25% reoperado, respetivamente.

A distribuição de erros médicos no estudo dinamarquês foi de: 9% dos pacientes afirmaram terem sido alvo de erros administrativos, 6% sofreram lesões durante a cirurgia, medicação errada ou tratamento incorreto e 5% tiveram um diagnóstico errado. No estudo que realizamos 38.9% da ocorrência de eventos adversos incidiu em mulheres e 61.1% em homens. Estes eventos ocorreram 66.7% em ambiente hospitalar e 33.3% nos cuidados primários.

No Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), acredita-se que um evento adverso grave ou incidente crítico ocorra em até 10% de todos os internamentos hospitalares. Isso equivale a cerca de 850.000 eventos adversos por ano (Vincent, 2000 *cit in* Fetherston, 2015).

São vários os estudos (Prieto *et al.*, 2008; Mira *et al.*, 2009) sobre a perceção de segurança clínica, identificação da frequência de EA e que indagam se os pacientes se sentem seguros, em que todos eles reportam que a probabilidade de sofrer um EA não é insignificante. Em Espanha, 8.4% dos pacientes hospitalizados e 10.1% dos cuidados primários sofrem um EA. Um total de 9% dos europeus, 5% dos australianos e 3% dos canadianos acreditam que a probabilidade de um erro é alta. Para 31% dos espanhóis há muitos erros clínicos e 12% consideram que o risco de um erro cirúrgico é alto.

O *National Reporting and Learning System* (NRLS) recolhe dados sobre incidentes de segurança do doente em Inglaterra (2015), 5.879.954 relatórios de incidentes foram manifestados em hospitais de agudos durante a década. Onde 70.3% dos incidentes não causaram danos ao paciente e 0.9% foram avaliados pelo notador como tendo causado danos graves ou morte. A Obstetrícia e Ginecologia relataram a maioria dos eventos sem

dano [OR 1.61 (IC 95%: 1.12-2.27),  $p < 0.01$ ] e farmácia foi o local do hospital onde a maioria dos quase-acidentes foram registados [OR 3.03 (95% CI: 2.04 a 4.55),  $p < 0.01$ ]. Os médicos foram significativamente mais propensos a relatar a morte do que outro pessoal [OR 3.04 (95% CI: 2.43-3.80)  $p < 0.01$ ]. Um rácio maior de clínicos por cama está correlacionado com a taxa reduzida de danos relatados [RR = -1.78 (95% CI: -3.33 a -0.23),  $p = 0.03$ ] (Howell, Burns, Bouras, Donaldson, Athanasiou & Darzi, 2015).

#### **6.1.6 Experiência em relação ao incidente (erro clínico)**

Um editorial de Paterson (2013) chamou à atenção para que as queixas dos pacientes são os “canários na mina de carvão” que nos devem alertar para os problemas mais profundos e não devem ser ignorados. Noutro editorial Gallagher, Mello, Levinson, Wynia, Sachdeva, Sulmasy ... Arnold, (2013) foca a necessidade de acabar com o silêncio dos clínicos, salientando a importância de os clínicos falarem sobre este assunto podendo desta forma melhorar os seus cuidados e comunicar melhor. Às vezes, as queixas dos pacientes vão para outro lugar (por exemplo, para departamentos de saúde estado, órgãos disciplinares profissionais, sociedades médicas, etc.) e não haver retorno sobre a queixa ou este ser tardio e as suas estatísticas nem sempre são divulgadas.

No nosso estudo, no que concerne à experiência dos pacientes no global da amostra relativamente ao incidente, quanto à questão: “O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória”, 33.3% das respostas (entre 1 e 4) tem uma apreciação desfavorável, 33.3% favorável (entre 8 e 10), e os restantes situam-se na parte central (média das respostas na escala utilizada foi de 5.72), não apresentando opinião. Nos cuidados de saúde hospitalares as respostas desfavoráveis encontram-se restringidas ao intervalo 3 e 4 com uma percentagem de 41.7%, as respostas favoráveis, ou seja, de concordantes com a questão têm uma percentagem de 33.3%. Em contrapartida para os cuidados de saúde primários as respostas desfavoráveis encontram-se restringidas a discordo (1), com 16.7%, as respostas favoráveis restringem-se ao intervalo 8 e 9 com 33.3%.

Quanto à rapidez com que foi resolvido o erro clínico 50% dos respondentes concorda que foi adequada. A distribuição da percentagem de resposta à questão entre as unidades de saúde apresenta valores diferentes, sendo nos cuidados de saúde hospitalares a discordância, assinalada no intervalo de 1 a 4, de 50% das respostas. Apenas 8.3% dos respondentes concorda totalmente com a rapidez de resposta por

parte dos profissionais. Nos cuidados de saúde primárias os valores percentuais de concordância (7 a 9) são de 66.7% não havendo quem concordasse totalmente com a rapidez na resposta.

No que diz respeito à informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu (se) foi clara e suficiente, a maioria (55.6%) não concorda (resposta entre 1 e 4). Nos cuidados de saúde hospitalares, 33.3% dos utentes concorda (resposta entre 8 e 10) e nos cuidados de saúde primárias 66.7% responde discorda (intervalo 1 a 4) não havendo resposta acima de 7. Os nossos valores que podem ser comparados com o estudo “Patients experience in Danish Hospitals” em que 56% dos pacientes sujeitos a erro clínico descobriram o facto por si mesmos, 67% dos pacientes constataram que a equipa lidou com os erros muito bem ou bem. Ao encontro desta resposta no nosso estudo 72.2% responde que não pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu. Nos cuidados de saúde hospitalares as percentagens de discordância são de 75% e nos cuidados de saúde primários de 66.7%, ambos no intervalo de 1 a 4.

Também quanto a um pedido de desculpas 66.7% responde desfavoravelmente (resposta entre 1 e 3). Nos cuidados de saúde hospitalares 58.3% (1 a 3) dos respondentes manifesta discordância quanto a existência de pedido de desculpa pelo erro sofrido e nos cuidados de saúde primários os valores percentuais de discordância são de 100% registados no intervalo de 1 a 4.

Semelhante percentagem (66.7%) de respostas discordantes quanto a informação relativa a eventuais medidas para que não voltasse a ocorrer. Em ambos os cuidados os valores são similares havendo apenas diferença no grau de discordância em que nos cuidados de saúde primários o intervalo de resposta está restringido a 1 e 2, e nos cuidados de saúde hospitalares ao intervalo de 1 a 3.

Quanto à resposta que define a sensação de segurança relativamente à unidade de saúde 0.8% considera a unidade muito insegura (0,6% nos cuidados de saúde hospitalares e 1.2% nos cuidados de saúde primários) e 53.1 % a considera a instituição bastante segura ou muito segura (59.2% nos cuidados de saúde hospitalares e 41.7% nos cuidados de saúde primários). Temos de ressaltar que nos cuidados de saúde



hospitalares 17.2% afirma considerar a unidade como não sendo nem segura nem insegura, assim como 23.8% dos respondentes em cuidados de saúde primários.

No estudo de revisão de Wolosin e colaboradores realizado em 2005 na totalidade da amostra, a classificação média da questão da segurança foi de 87.8, aproximadamente a meio caminho entre "boa" e "muito boa". No geral, os pacientes dizem que se sentem relativamente seguros no hospital.

## **6.2 Discussão - Profissionais**

### **6.2.1 Avaliação da percepção da segurança do Doente pelos profissionais de saúde**

Neste subcapítulo apresentamos a discussão dos resultados para os Profissionais, interpretando-os e relacionando-os com a componente concetual apresentada no capítulo do enquadramento teórico, assim como com alguns estudos de investigação desenvolvidos nesta temática.

Avaliação da percepção de segurança pelos profissionais de saúde tem sido alvo de diversos estudos, embora grande parte deles não tenha em consideração a totalidade dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

### **6.2.2 Caraterização da sociodemográfica**

Os questionários de autopreenchimento são utilizados como um instrumento de recolha de informação em estudos que pretendem conhecer uma amostra de uma população com base num conjunto de questões sobre uma temática, num curto espaço de tempo. As limitações deste tipo de instrumento são conhecidas, das quais se salienta a perda de interesse pelo respondente devido ao elevado número de questões e às indicações impostas pelas mesmas. Também no que concerne à taxa de resposta, relativamente aos profissionais, a utilização da divulgação e pedido de participação no estudo foi efetuado com recurso à *mailing lists* do CHUA e da ARS (ACES Sotavento e ACES Central), que correspondeu a um potencial aproximado de 3600 Profissionais.

A percentagem de respostas foi de cerca de 10%, o nosso estudo contempla a percepção de 367 profissionais dos cuidados de saúde hospitalares (CSH) e cuidados de saúde primários (CSP), nomeadamente, médicos 7.9%, (CSH, 44.8% e CSP, 55.2%), enfermeiros 52% (CSH, 75.4% e CSP, 24.6%), técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica 28.3%

(CSH, 82.7% e CSP, 17.3%), e assistentes operacionais 11.7% (CSH, 62.8% e CSP, 37.2%), que desempenham funções Centro Hospitalar Universitário do Algarve e Administração Regional de Saúde do Algarve. O relatório “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos hospitais” realizado em 2014, obteve 17.928 questionários preenchidos, o que representa uma taxa de adesão global de 18.3%. Foi nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo que a taxa de adesão foi mais elevada (27.7%), verificando-se a taxa de adesão mais baixa nos hospitais da ARS do Algarve (17.2%). O relatório da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2017), das 3 unidades que pertencem à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSALG), e relativamente à taxa de adesão, um obteve uma adesão superior à média nacional que estava nos 20%.

A nossa amostra é predominantemente do género feminino (70.8%), sendo o grupo profissional dos enfermeiros (52%) que apresentam uma maior percentagem de respostas. Estes dados são semelhantes aos encontrados noutros estudos, uma vez que são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais e a profissão de enfermagem é predominantemente desempenhada por mulheres (Hellings, Schrooten, Klazinga & Vleugels, 2007; Waterson *et al.*, 2010; Sarac, Flin, Mearns & Jackson, 2011). Os profissionais de enfermagem apresentam uma melhor perceção da cultura de segurança em relação aos demais (Carvalho, Arruda, Nascimento, Sampaio, Cavalcante & Costa, 2017).

A quase totalidade dos respondentes (96.5%) afirmou que sua situação contratual com a organização é nomeação definitiva 39.2% (CSH, 61.8% e CSP, 38.2%), ou contrato individual de trabalho 56.4% (CSH, 86% e CSP, 14%). A estabilidade de vínculo contratual com a instituição associada à longevidade de atuação do profissional é um indicador para a segurança do doente, por outro lado é conhecido que a precariedade e a rotatividade dos profissionais podem comprometer a continuidade da prestação dos cuidados ao paciente (Carvalho, 2011). A média de idades dos respondentes é de 40.37 anos (CSH, 39.74 anos e CSP, 42.09 anos) e 33% dos profissionais possuem formação pós-graduada (pós-graduação, mestrado ou doutoramento).

### 6.2.3 A cultura de SD - Profissionais

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do setor público na região do Algarve – Portugal” (AMSDISRA) permitem-nos observar a perceção que os profissionais que desempenham funções nas unidades de saúde participantes têm sobre os diferentes temas relacionados com a cultura de segurança do doente, nas quais se incluem o relato de erros, atitudes próprias do trabalho em equipa, comunicação e coordenação das equipas entre as unidades de trabalho, entre outros temas não menos relevantes e estreitamente associados ao processo de aprendizagem dos profissionais, cultura organizacional necessários ao desenvolvimento e consolidação da cultura de segurança do doente.

### 6.2.4 Gestão e Organização da Unidade de Saúde

Na dimensão respeitante à perceção dos profissionais relativamente à gestão e organização da Unidade de Saúde a questão com a média mais elevada (7.65) foi a: “Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente”. A maioria das respostas (54.1%) foi pontuada com 8,9 e 10. Os valores das respostas para esta questão são concordantes entre os CSH e CSP, embora se verifique que a média de resposta dos médicos nas CSH é de 8.00 e 6.94 nos CSP.

No estudo de *Sorra, Khanna, Dyer, Mardon & Famolaro, (2012)*, foi colocado em evidencia que os hospitais onde os colaboradores têm perceções mais positivas da cultura de segurança do paciente tendem a ter avaliações mais positivas dos cuidados aos pacientes. No relatório de segurança dos doentes – Avaliação da Cultura nos Hospitais (RSDACH) (DGS, 2015), 74% dos profissionais diz estar a trabalhar para uma melhoria da segurança do doente, 68% refere que é avaliada a eficácia das alterações realizadas, no sentido de melhorar a segurança do doente.

No nosso estudo realizado na região do Algarve os profissionais na sua maioria (68.7%) afirmam que os recursos humanos são insuficientes, tendo apenas 1.9% concordado totalmente que, “Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades”. Estes valores são coincidentes nas duas unidades de cuidados não havendo grandes discrepâncias de valores gerais, mas tendo as médias de respostas dos

médicos e enfermeiros dos CSH 3.08 e 4.53 e médicos e enfermeiros dos CSP 4.69 e 3.40, respetivamente.

No relatório da Avaliação da Cultura de segurança nos Cuidados de Saúde Primários” (RACSCSP) publicado pela DGS (2017), só 33% dos profissionais considera que existem profissionais suficientes para a prestação dos cuidados. No relatório RSDACH, 41% dos profissionais considera que existem profissionais para dar resposta ao trabalho que é exigido. No estudo de Sousa (2013), sobre a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro, no que concerne aos recursos humanos há uma percentagem de profissionais (38.7%) que afirma ser em número suficiente para as necessidades.

Saturno *et al.*, (2009), numa análise de hospitais públicos ao sistema de saúde espanhol sobre a cultura da segurança do doente (número de amostra de 2503 de respostas, de um total de 6257) para a questão relativa ao número de profissionais, 27.6% dos respondentes reportam ser adequado.

O nível de colaboração entre os membros da equipa tem um forte impacto na qualidade dos cuidados prestados ao paciente (Rose, 2011). No nosso estudo quanto à questão “Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais”, na globalidade somente 43% consideram que há colaboração entre os profissionais tendo 23.7% manifestado uma opinião nem concordante nem com média discordante e somente 2.7% concorda totalmente com a falta de colaboração entre profissionais com médias de resposta de 5.02 CSH e 4.31 CSP.

No estudo de Peralta (2012), realizado nos hospitais da região centro (número de amostra 538 de respostas de profissionais de saúde) quanto ao trabalho, 72.7% concordam que há colaboração entre os profissionais. Também quanto à entreajuda/trabalho de equipa nos profissionais, Fernandes e Queirós (2011), numa amostra de 136 enfermeiros, na avaliação da cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais portugueses, 95% confirmam entreajuda, 88% manifesta cooperação face ao excesso de trabalho e 79% diz haver trabalho de equipa. No estudo de Costa (2014), “A Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais” a percentagem de respostas positivas

relativamente à entreaajuda dos profissionais é de 87.7%. A dimensão “trabalho em equipa dentro da unidade” obteve 68% de respostas positivas no estudo de Dolci, Fajardo-Dolci, Rodríguez-Suárez, Arboleya-Casanova, Rojano-Fernández, Hernández-Torres & Santacruz-Varela (2010), realizado com profissionais de saúde no México.

Considerando as respostas à questão “Os profissionais conhecem as normas de procedimento institucionais”, obtivemos uma média de 6.88, referindo 6,8% que concorda (1) e 1.6% que discorda totalmente (10). Este estudo evidenciou que médicos e enfermeiro das duas unidades de cuidado têm perceções diferentes relativas á questão em que, os enfermeiros com média de resposta de 7.50 nos CHS apenas apresentam para a mesma questão média de resposta de 6.09 nos CSP. Os médicos dos CSH, apresentam uma média de resposta de 4.85, que, sobe nos CSP para 6.05. No RSDCSH, 65% dos respondentes afirma existir aprendizagem organizacional de melhoria contínua.

No estudo de Fajardo-Dolci *et al.* (2010) a dimensão “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” obteve 68% de respostas positivas. Para incremento do conhecimento a literatura refere que devem ser implementadas ferramentas cruciais para o desenvolvimento do trabalho de equipa e conseqüente comunicação efetiva de reuniões das equipas, fundamentais para evitar/minimizar erros na transmissão formal de informações a todos os seus integrantes (Rowlands & Callen, 2013).

No que concerne ao conhecimento do sistema de notificação e concretamente quando colocada a questão: “Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição “, obteve-se uma média de resposta de 6.49, verificando-se que 73.6% não concorda significativamente (responde entre 1 e 7). Assim, será importante uma cultura organizacional baseada em objetivos e estratégias com configurações efetivas de comunicação que se reflitam positivamente nos processos de cuidado e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e na segurança do paciente (Nogueira & Rodrigues, 2015). Esta questão ao ser respondida pelas várias categorias profissionais apresenta valores de média em que mais TSDT nos hospitais conhecem o sistema de notificação com média 6.30 e nos CSP com 5.22. Relativamente às respostas dos médicos também se verifica média diferente, nos hospitais a média é de 5.08 e nos CSP de 6.94.

O cuidado seguro, centrado no paciente, é diretamente influenciado pela qualidade da educação que os profissionais de saúde recebem (Kiersma *et al.*, 2011). Países como, Dinamarca, Austrália, Reino Unido considerados exemplos de sucesso, porque possuem os mais avançados sistemas de notificação de eventos adversos no mundo, apresentam um sistema de notificação, legislado, voluntário, anónimo, confidencial e com carácter não punitivo (Antunes, 2015).

### **6.2.5 Experiência na prestação de cuidados de saúde na Unidade de Saúde**

No que concerne à experiência na prestação de cuidados de saúde na Unidade de Saúde, a questão, “Na necessidade consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares” foi a que obteve a média mais elevada (7.18), em que 55% dos profissionais responde entre 8 e 10, e apenas 1.6% discorda.

Em relação à divulgação da informação (“Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde”), os profissionais de saúde no nosso estudo na globalidade obtiveram uma pontuação média de 6.25, contudo destes 6.3% discorda que tenha recebido informação suficiente sobre as normas e apenas 8.4% concorda totalmente ter recebido. Ficou evidenciado que, por parte dos TSDT existem diferenças nas respostas já que estes profissionais nos CSH apresentam uma média de resposta de 5.65 e nos CSP de 3.28. As diferenças também são evidenciadas nas respostas dos médicos em que a média nos CSH é de 4.77 e nos CSP de 6.38.

Quanto ao ter recebido informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza, 10.1% dos profissionais afirma não ter recebido formação/informação suficiente tendo respondido entre 1 e 3 (sendo 1 discordo), no entanto a média das respostas obtidas foi de 7.04.

No RACSCSP publicado em 2017, 43% dos profissionais refere ter formação quando se implementam procedimentos novos e 59% considera que é garantido que os profissionais tenham formação necessária para desempenhar as suas funções. Em sentido oposto 49% afirma que os profissionais são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação.

No nosso estudo os inquiridos aquando do surgimento de dúvidas e a quem se dirigir, 20% considera que não foi devidamente informado, e quando questionados se os pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas, 60.8% das respostas são entre 7 e 10. Na questão relativa à resposta clara e compreensível não existem diferenças relativamente às respostas dos profissionais das duas unidades que apresentam médias de 7.01 CSH e 6.37 CSP.

São vários os estudos que apontam que, falhas no trabalho em equipa e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para erros médicos e eventos adversos e como consequência, para a redução da qualidade do cuidado (Bagnasco *et al.*, 2013; Daniels & Auguste, 2013; Martins, Santos, Pereira & Santos, 2014). Como resultado, a forma como a comunicação se realiza entre os profissionais de saúde é apontada pelos investigadores como fundamental para a saúde segura (Maxfield, Lyndon, Kennedy, Keeffe & Zlatnik, 2013; Lee *et al.* 2012).

Questionados sobre a sua participação na gestão e organização da prestação de cuidados, concretamente a questão “Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados” a média da pontuação da resposta foi inferior ao ponto médio da escala (4.61), em que 46.3% discorda respondendo ente 1 e 4, e 17.4% não manifesta opinião sobre o assunto, não tendo as respostas diferenças significativas entre unidades.

Relativamente à gestão do risco e especificamente quanto à formação sobre a gestão do risco, 22.9% responderam que discordam que tenham tido, ou seja, não tiveram formação e apenas 12.5% estão seguros da sua formação concordando totalmente. Existe relativamente a esta questão diferença significativa das médias de resposta que nos CSH é de 5.96 e nos CSP de 2.58. É verificada uma variação geral em todos os profissionais respondente à exceção dos médicos que têm uma média de resposta nas duas unidades sem variações.

No estudo de Costa (2014) intitulado “A Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais”, 46% dos inquiridos diz ter tido formação em segurança do doente, tendo 91.5% da formação sido oferecida pelo hospital com uma duração média de aproximadamente 7 horas.

Quanto a penalização do erro, os profissionais do nosso estudo, 47.1% discordam (respondendo entre 1 e 4) e 5.7% concorda totalmente que há penalização. No estudo de Sousa (2013) apenas 12.3% dos profissionais se preocupam com o registo dos erros por eles cometidos no seu processo pessoal, 25.2% considera que, quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si, já 26.1% sentem que os seus erros são utilizados contra si.

Os profissionais quando questionados, “Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação”, 25% não tem opinião, sendo a percentagem dos que concordam totalmente de 8.2%. Existe variação da média de resposta entre unidades que apresentam médias de 6.09 nos CSH e 4.07 nos CSP. Podemos assim verificar que os profissionais dos cuidados hospitalares se sentem mais seguros na realização das notificações.

A relutância dos prestadores em partilhar eventos de segurança com os seus pares, assim como a percepção de impotência para evitar eventos, devem ser abordadas como parte de uma estratégia geral para melhorar os resultados dos cuidados ao doente (Bognár, Barach, Johnson, Duncan, Birnbach, Woods ... Bacha, 2008). Na avaliação realizada por Sousa (2013), 55.5% dos profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente, embora 45.5% considere que os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.

No que respeita à confidencialidade da notificação de eventos adversos 26.4% dos profissionais do nosso estudo não concorda nem discorda e 39% concorda substancialmente (responde 8,9,10 sendo 10 concordo totalmente). As médias das respostas são congruentes nas duas unidades sem variações entre os seus profissionais.

Questionados sobre a divulgação das notificações pela unidade de saúde, 20.2% discorda e 28.2% respondeu entre 2 e 4, apenas 5.4% concorda totalmente. No nosso estudo existem diferenças relativamente às respostas das por categorias profissionais que apresenta uma variação de médias entre CSH e CSP com os enfermeiros a registarem uma média de 4.84 e 3.55, médicos 3.46 e 4.5. e TSDT 4.36 e 3.00 respetivamente. No estudo de Sousa (2013), 57.1% dos respondentes concorda que no serviço/unidade se discute sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a



acontecer, 46.8% afirma que são informados acerca dos erros que acontecem no serviço/ unidade.

Em relação à aplicação de medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados, 35.7% dos profissionais do nosso estudo responde entre 1 e 4 e 26.4% responde que não concorda nem discorda somente 5.2% concorda totalmente. Os enfermeiros apresentam média de resposta com variação ente unidades tendo nos CSH média de 5.41 e 4.23 nos CSP, variação também obtida nas resposta dos médicos que no CHS é de 3.69 e nos CSP de 5.13. No estudo referenciado de Sousa (2013), 38.1% dos profissionais indica que lhes é dada informação relativamente às mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências. No mesmo estudo 24.5% dos inquiridos considera que a direção hospitalar proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.

#### **6.2.6 Notificação de eventos adversos**

No nosso estudo quando questionados os profissionais sobre a realização de notificações, 68.4% dos profissionais referiram nunca o ter feito, dos profissionais que notificaram 81% pertencem aos CSH e 19% aos CSP. Podemos observar que nas duas unidades os profissionais que mais notificaram foram os enfermeiros seguidos dos TSDT nos CSH e dos médicos nos CSP.

No estudo *“Towards promoting patient safety practices: Baseline assessment of patient safety culture in three private hospitals”* no que diz respeito ao registo de eventos adversos, cerca de 31.4% afirmou ter registado 1 a 2 eventos nos últimos 12 meses e os restantes sem efetuar qualquer registo (Badr *et al.*, 2017). Quanto à frequência de notificação de incidentes e EA, independentemente do dano, analisada em vários estudos, conclui-se que existe uma subnotificação de casos. Num estudo efetuado por Bruno (2010), metade dos inquiridos mencionou não ter notificado nenhuma ocorrência nos últimos doze meses, os resultados do estudo de Lima (2011) concluem que 36.5% dos inquiridos não registou qualquer ocorrência no mesmo período de tempo. Gomes (2012), numa amostra de 60 profissionais de saúde concluiu que 76.7% dos profissionais não preencheu qualquer tipo de relato de incidente ou evento adverso nos últimos doze meses, no estudo realizado por Pimenta (2013), conclui-se que 68.0% da amostra não realizou notificações. Na mesma linha podemos colocar os resultados obtidos por Sousa

(2013), num estudo com uma amostra de 310 profissionais de saúde, dos quais 68.7% não relatou qualquer incidente nos últimos doze meses. No estudo de Costa (2014) a esmagadora maioria 77.9%, não notificou nenhuma ocorrência no último ano.

A nível internacional os resultados acompanham a tendência portuguesa. Os dados da AHRQ referentes a 2014 demonstram que 56% dos 405281 inquiridos não registou qualquer incidente nos últimos doze meses. Valor relativamente mais baixo que os obtidos em Portugal o que poderá estar relacionado com a intervenção pioneira dos EUA na temática da segurança do doente (Sorra, *et al.*, 2014).

No estudo de Sousa, Uva, Serranheira, Leite & Nunes, (2011), 39.9% dos eventos nunca ou raramente são notificados. No seu estudo, sobre registo de incidentes e eventos adversos, Bruno (2010), conclui que em Portugal a frequência dos registos é ainda muito reduzida, sendo o esquecimento em virtude da carga de trabalho apontado como causa principal da falha na realização dos registos. Em 2009 foi realizado um estudo em Portugal em três hospitais públicos da região de Lisboa, estudo esse que teve como o ponto de partida a análise a processos clínicos de uma amostra de 1.669 doentes internados. Os resultados identificam uma realidade, similar à descrita em outros estudos, realizados pelo mundo. A taxa de incidência de eventos adversos foi de 11.1%, em grande parte dos casos, não resultou em dano ou causou dano mínimo para o doente (Sousa *et al.*, 2011).

No nosso estudo dos 31.6 % profissionais que as efetuaram, 39.7% notificaram falta de identificação do doente, 16.4% existência de barreiras linguísticas, 13.8% erro na avaliação da situação clínica do doente, 24.1% notificaram erro na administração de medicamento, 17.2% complicação pós cirúrgica, 17.2% infeção associada a cuidados de saúde (IACS), 50% quedas, 8.6% desaparecimento de documentação e 20.7% notificaram consentimento informado não preenchido/assinado. Na generalidade foram reportados mais eventos adversos em meio hospitalar tendo os CSH registado em todas as categorias/tipos mais de 70% dos eventos registados.

Comparativamente numa avaliação das notificações efetuadas no Sistema Nacional de Notificação Mexicano (Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud) realizado por Rodríguez-Suárez, Lamy, Fajardo-Dolci, Santacruz-Varela & Hernandez-

Torres, (2012), foram analisadas as 706 notificações efetuadas durante os anos de 2011 e 2012, reportando 781 incidentes em 22 hospitais públicos. Esta avaliação repartiu os eventos da seguinte forma, IACS 35.9%, erros com o processo e/ou procedimento clínico 28.8%, relacionados com medicamentos 12.5%, quedas 9.2% e 13.6% incluem-se noutras categorias.

Nos estudos anteriormente realizados, a maioria dos eventos notificados é efetuada por Enfermeiros, seguidos dos médicos, não havendo referência a outros profissionais (Xuanyue, Yanli, Hao, Pengli & Mingming, 2013).

### **6.2.7 A avaliação da experiência relativamente ao evento adverso**

A avaliação dos profissionais quanto à sua experiência relativamente aos eventos notificados e à sua resolução, 10.3% discordam que tenham sido resolvidos de forma eficaz, em contrapartida 40.5% respondem entre 8 e 10 (sendo 10 concordo totalmente), sendo a média de resposta nos CSH 6.60 e 5.27 nos CSP. No que diz respeito à avaliação da rapidez de resolução do evento adverso, 12.1% dos respondentes discorda que este tenha sido resolvido de forma rápida e 37.1% concorda (respondendo entre 8 e 10), na generalidade não há variações sendo a média de resposta nos CSH de 6.27 e nos CSP de 5.14.

Quanto ao conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado, 20% dos profissionais discorda, ou seja, não teve conhecimento a pontuação média das respostas foi na metade inferior da escala (4.70). Podemos observar uma diferença nas médias das respostas dos TSDT das duas unidades de saúde em que a dos TSDT dos CSH é de 4.94 e dos TSDT dos CSP é de 10.

Ainda sobre se lhes é possibilitado participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados, 19.8% dos profissionais diz que não e apenas 4.3% concorda. Nesta questão as médias de resposta dos TSDT dos CSH é 4.91 e de 6.33 nos CSP, também relativamente aos assistentes operacionais a média varia sendo 4.50 nos CSH e 3.00 nos cuidados de saúde primários.

No estudo de Anderson, Kodate, Walters & Dodds, (2013), *“Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners’ views of the effectiveness of incident reporting”*, os entrevistados, mostraram confiança em métodos informais de avaliação,

tais como discussões em equipa, supervisão de gestão. No relatório da Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários, 60% dos profissionais refere que falam abertamente sobre problemas de funcionamento da unidade e 63% que falam sobre as formas de prevenir a repetição do erro. No mesmo relatório, 47% dos profissionais refere que são incentivados a expressar os seus pontos de vista (DGS, 2017), o que contraria em parte os resultados do nosso estudo.

No que diz respeito a informarem o doente sobre o evento adverso notificado, quer por parte dos profissionais ou a instituição, 25% dos profissionais diz que não, entre 1 e 4 estão 52.6% das respostas apenas 8.6% concorda totalmente, existindo variação de média entre unidades que nos CSH é de 4.05 e nos CSP é de 5.68.

No relatório sobre a segurança do doente nos hospitais realizado pela DGS e relativamente à Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSALG), verifica-se que as dimensões “Feedback e comunicação acerca do erro e abertura para a comunicação”, apresentam uma média inferior à nacional.

No nosso estudo, 11.2% dos profissionais discorda que tenham sido informados de que seriam tomadas medidas para evitar a reocorrência do evento adverso notificado, contudo, 44% respondeu entre 8 e 10 e destes 19% concorda totalmente ter sido informado. A média nas duas instituições é substancialmente diferente, em todos os profissionais há tendência de aumento sendo a média geral dos CSH de 5.67 e CSP 8.59.

A grande maioria (60% respondeu de 7 a 10), manifestou que “Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou”, apenas 6.3% manifestou querer saber o desfecho do evento que notificou.

Quanto à resposta que define a sensação de segurança relativamente à unidade de saúde (“Sensação de segurança dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde), 1.1% considera a unidade muito insegura e 35.4% a considera bastante segura. As médias de resposta nas duas unidades idêntica sendo nos CSH de 4.83 e nos CSP de 4.76, considerando os profissionais que a sua unidade de saúde se define em média entre “nem segura/nem insegura” e “ligeiramente segura”.

Em Portugal no estudo de Sousa (2013), 3% dos profissionais avaliam a sua instituição como muito fraca, 40.80% como aceitável e apenas 6% como excelente. No estudo de

Lima (2011), 54% dos inquiridos considera a qualidade da sua unidade de saúde como aceitável e 2% como excelente e 2% como muito fraca. No estudo Sorra *et al.* (2014), nos Estados Unidos verificou que 19% dos profissionais considera aceitáveis os cuidados prestados relativos à segurança do doente na unidade de saúde e 43% e 33% consideram muito bons ou excelentes, respetivamente. Na avaliação realizada pela DGS (Relatório de segurança do doente 2015), quando solicitado aos profissionais que avaliassem em termos gerais, no que diz respeito à segurança do doente, o seu serviço/unidade de trabalho, 50% considerou ser “excelente” ou “muito boa”, 41% considerou ser “aceitável”, 7% considerou ser “fraca” e 2% “muito fraca”.

No nosso estudo podemos verificar que, na globalidade, não existe grande diferença relativamente à segurança do doente nas duas áreas de prestação (CSH e CSP) relativamente à perceção dos profissionais, embora, existam algumas componentes da segurança do doente que apresentam algumas variações. Na dimensão respeitante à perceção dos profissionais relativamente à gestão e organização da Unidade de Saúde e concretamente com a preocupação com as questões da segurança do doente verificamos que os dos médicos nas CSH referem uma maior preocupação (8.00) os seus congéneres dos CSP (6.94) nos. Quanto à gestão do risco e especificamente à formação sobre o tema, existe uma diferença significativa das médias de resposta que evidencia que os profissionais, nos CSH (5.96) realizam mais formação que os seus pares nos CSP (2.58). Relativamente à segurança da notificação, os profissionais dos CSH sentem-se mais seguros na realização das notificações (6.09) que os dos CSP (4.07).

### **6.3 Perguntas abertas**

#### **6.3.1 Opinião sobre o significado de segurança do doente numa unidade de saúde**

Para os pacientes, os termos relevantes que se encontram interligados, nomeadamente a ligação evidente entre a segurança, saúde e unidade com paciente, doente, médico e profissional, vão ao encontro do referido por Donabedian (1985), em que os pacientes na sua grande maioria desconhecem detalhes do domínio técnico da prestação de cuidados, contudo consideram que são importantes, particularmente em situações que tragam clara ameaça à sua saúde e ao seu bem-estar. Em geral, o paciente avalia a

qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com a sua saúde e o seu bem-estar.

Associados a estes termos mais relevantes temos coocorrências que são destaque particular, evidenciado a existência de vertentes da segurança do doente com as suas características particulares sob o ponto de vista dos utentes.

Começando pela vertente segurança podemos observar que existe a sua associação com as palavras sempre, opinião, sentir, dever e querer. É demonstrado pelas associações que os pacientes destacam a constância e obrigação de existência de segurança do doente (sempre/dever), a necessidade da sua procura e aplicação visível (querer/sentir), e a importância da perceção da mesma por parte dos profissionais e pacientes para a sua efetividade (opinião).

Collier, Sorensen & Iedema (2016), num estudo qualitativo realizado em doentes com doença prolongada (n=29) e familiares (n=5) na Austrália sobre as perspetivas de segurança e qualidade, refere que para estes a segurança do paciente continua sendo importante para pacientes e familiares em fase terminal. Para estes doentes, os danos iatrogénicos não são considerados incidentes "únicos". Pelo contrário, o dano é experimentado como resultado de uma série de eventos negativos. O dano iatrogénico é emocional, social e espiritual, e não apenas uma desventura técnico-clínica e está ligado à sensação de insegurança. Assim, a segurança do paciente estende-se para além dos parâmetros técnico-clínicos estritamente definidos para incluir segurança interpessoal.

No nosso estudo são referidas uma vertente médico e uma vertente doente que são associadas respetivamente com humano e pessoal, e, atenção, técnico e conhecimento. Contudo, deve prevalecer a tentativa de fornecer atendimento centrado no paciente, onde a voz deste é valorizada e respeitada. Ele fornece uma melhor comunicação entre o prestador e o paciente, que é o fator número um que contribui para que não ocorra evento adverso ou danos. Estabelece confiança e fornece uma "*check and balance*" para ambas as partes envolvidas (Hovey & Apilian 2014).

A menção da vertente prestação de atenção, é feita através da menção no aspeto descrito no parágrafo anterior e das palavras atender e atendimento, a primeira

interligada com educação, rápido, melhor, erro e analisar, e a segunda associada a resposta, diagnóstico, doença e relação.

Na vertente saúde são usadas pelos pacientes as palavras confiança, diretamente, adequado, recorrer e serviço, indicando que a percepção dos pacientes define como relevante para a segurança do doente a existência de cuidados acessíveis com facilidade. A acessibilidade aos cuidados de saúde é um dos fatores apontados por Donanbedian (1980), como determinante na qualidade da prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade particularmente no que concerne aos custos de acesso.

Na vertente unidade ocorre a associação com as palavras tratado, exame e confiar, e ainda com a palavra significar que se associa ela mesma com físico, hospitalar e dúvida. Este tipo de composições identifica que os utentes definem a sua segurança como estando informados de forma compreender os seus cuidados (hospitalar/dúvida/físico/confiar) e que esta depende também dos recursos e procedimentos na prestação (tratado/exame).

No estudo de investigação “Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements” realizado por Dingley, Daugherty, Derieg & Persing, (2008), da análise de 495 eventos de comunicação após a implementação do kit de ferramentas revelou diminuição do tempo de tratamento, aumento da satisfação do enfermeiro com a comunicação e maiores taxas de resolução dos problemas do paciente pós-intervenção. O kit de ferramentas resultante fornece às organizações de assistência médica os meios para implementar o trabalho em equipa e estratégias de comunicação no contexto da prestação de cuidados.

Por último, destaca-se a vertente profissional à qual estão associadas as coocorrências disponibilidade, forma, urgência, tratamento e falta. Estas enunciam que o paciente define a existência de segurança do doente com a existência de recursos humanos suficientes (falta/disponibilidade) e a capacidade de resposta imediata destes (urgência), assim como a existência de uma prestação de cuidados adequada (forma/tratamento).

Para os profissionais do nosso estudo o significado de segurança do doente está relacionado com as palavras, *doente, saúde, segurança, cuidado, utente, profissional e*

*paciente*. Estes termos encontram-se interligados, nomeadamente a ligação evidente que surge entre segurança, saúde e cuidado com doente, utente e profissional. Podemos ainda observar a associação evidente entre doente e tratamento, identificação, devidamente, melhor e possível. Assim como a associação evidente entre utente e informação, opinião, atendimento e gestão.

São vários os países (Nieva & Sorra, 2003; NPSA, 2004; DGS, 2013c, 2015), que estabelecem políticas e procedimentos para a segurança do doente, nos últimos anos efetuando com regularidade a sua avaliação. O nosso estudo evidência resultados de parte dessas medidas na vertente segurança da segurança do doente, temos a ocorrência de interligações entre segurança e procedimento, correto, norma, humano, recurso, cumprimento, avaliação, equipa. Isto evidência o destaque dos profissionais no que toca à execução do cuidado com correção e segundo políticas institucionais, à existência de profissionais em número adequado e sob uma estrutura comum funcional, e à monitorização do desempenho e erros. O que vai ao encontro das conclusões do estudo “Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States” (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, ... Kutney-Lee, 2012).

Relativamente ao aspeto saúde, ocorre a sua menção em conjunto com os termos físico, forma, situação, continuo, clínica, respeito, integridade, unidade, instituição e serviço. Desta forma os profissionais deram a entender que a segurança do doente assenta não só na manutenção das características e funções corporais dos doentes (físico/integridade) mas também nas características e recursos do prestador de cuidados enquanto instituição/unidade/serviço, assim como na forma individual e permanente de gestão da saúde de cada utente.

A vertente cuidado que surge nas respostas associada às palavras qualidade, conhecimento, adequado, equipamento, risco, identificado, prestação, significar, erro, assim como à palavra profissional, com algum destaque, e que também esta está mencionada com a palavra formação. Brasaitte, Kaunonen, Martinkenas & Suominen, (2016) no seu estudo “Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: A systematic literature review” também confirmaram que os profissionais de saúde tendem a ganhar suas competências de segurança através de



muitos anos de experiência, e, portanto, seu nível de formação inicial não é o único fator contribuinte para a melhoria da segurança do doente.

### **6.3.2 Sugestões para a melhoria da segurança do doente na unidade de saúde**

Relativamente às sugestões de melhoria por parte dos doentes, podemos constatar, que os termos relevantes presentes na nuvem de palavras encontram-se todos interligados, nomeadamente a ligação evidente entre utente, profissional, esperar, dever e hospital.

É notória a preocupação por parte dos doentes com a diminuição dos tempos de espera como um elemento que contribui para a melhoria da prestação de cuidados.

Começando pela vertente profissional temos a sua associação com os termos exame, consulta, tratamento e formação. Com as associações mencionadas, os pacientes identificam que a melhoria em segurança do doente depende da preparação dos profissionais (formação) e da forma de aplicação dos cuidados (tratamento/exame/consulta).

Existe uma vertente diretamente associada com a palavra hospital onde esta coocorre com as palavras importante, serviço e pessoal, ligações que manifestam a necessidade de recursos humanos e a valorização profissional e o ênfase nas unidades de saúde como fatores importantes na melhoria das condições de segurança do doente.

São vários os estudos (Brasaitte *et al.*, 2016; DGS, 2015, 2017), que reportam a necessidade de aumentar a formação continua dos profissionais, a melhoria da prestação dos cuidados através da adoção de novas tecnologias que permitam/libertem os profissionais terem mais tempo de contacto com os pacientes em conjunto com o aumento do número de profissionais. A análise das perguntas abertas do nosso estudo para os profissionais revelou como melhoria das condições de segurança do doente a necessidade formação, recursos e mudanças ao nível do serviço (organização).

No nosso estudo podemos encontrar a vertente segurança interligada com as palavras melhoria e diagnóstico, identificando a que na perspetiva dos profissionais é necessária uma avaliação clínica dos pacientes com fiabilidade (diagnóstico) assim como uma evolução da segurança em geral (melhoria). Estes resultados vão ao encontro dos descritos no trabalho de investigação de Singh, Graber, & Hofer (2016), sobre “Measures to Improve Diagnostic Safety in Clinical Practice”.

Denota-se também uma vertente saúde associada às palavras humanização, existir e unidade. Os profissionais sugerem desta forma que é necessária mais sensibilidade na natureza da prestação de cuidados mais postos de saúde e mais saúde, possivelmente hábitos mais saudáveis dos utentes. Medeiros *et al.* (2016) refere que a dimensão humanizadora tem como base estruturante a criação de espaços/ambientes de trabalho que valorizem a prática quotidiana dos profissionais, com ênfase nas tecnologias relacionais, como o saber ouvir, o acolhimento, o diálogo e a negociação para a produção e gestão do cuidado.

É manifestada uma preocupação no que toca à vertente serviço, os profissionais sugerem intervenções com as coocorrências urgência, envolver e aumento. Identificam consequentemente que é relevante a intervenção no cuidado em situações de necessidade imediata, a prática de políticas e estratégias unificadoras do pessoal e o incremento das capacidades do sistema de saúde.

Como já foi referido anteriormente a vertente formação é apontada pelos profissionais como aspeto em grande necessidade de melhoria, existindo a seu ver a necessidade de diversificação da educação fornecida aos profissionais.

## ***Capítulo VII***

---

**Conclusão**

---



## Capítulo VII – Conclusão

---

### 7.1 Limitações ao Estudo

Apesar de terem sido solicitadas todas as autorizações relativas à realização do estudo (CHUA e ARS Algarve), não tivemos qualquer resposta do ACES do Barlavento para a sua implementação, pelo que, todos os profissionais e utente/pacientes deste agrupamento não foram considerados na amostra.

Também surgiram limitações internas do estudo, relativamente ao tratamento pelo número de resposta e pela limitação geográfica à Região do Algarve, que se pretende alargar em estudos futuros.

Falta de adesão dos gestores para a participação no estudo, contributo que seria importante para a comparação das perspetivas relativamente à questão da SD.

Nas unidades de saúde incluídas na amostra nem todas demonstram evidências de políticas de segurança do doente.

As limitações operacionais e obstáculos para a realização deste trabalho foram de ordem variada pelo que serão identificadas separadamente pelos pacientes e profissionais.

#### **Pacientes:**

A Iliteracia dos utentes relativamente à temática da segurança do doente, e consequentemente falta interesse na participação no estudo.

Pensarem que a sua opinião não é contabilizada para a melhoria dos cuidados prestados.

Apesar da manifesta insatisfação existe receio de represálias ou prejuízos nos cuidados de saúde futuros.

Os utentes com maior diferenciação académica reportam ao Ministério da Saúde, às Ordens Profissionais e Entidades Reguladoras, em vez de o fazerem em primeira instância às unidades que lhes prestaram os cuidados de saúde. Em consequência as

respostas surgem tardiamente ou perdem-se na cadeia burocrática da administração pública.

Falta de disponibilidade de tempo para a resposta ao questionário e considerarem que o estudo em questão não vai trazer qualquer contributo para o incremento da segurança do doente.

**Profissionais:**

Falta de disponibilidade de tempo para a resposta ao questionário, sob o pretexto da falta de recursos humanos nos vários serviços.

Os profissionais consideram uma perda de tempo, porque não veem resultados/consequências na melhoria da prestação dos cuidados aos doentes.

Receio de punição interna pelas opiniões manifestadas, e de os próprios profissionais se tornarem o centro das atenções aquando da notificação de EA.

**7.2 Conclusão**

Como conclusão deste trabalho pretendemos dar resposta aos objetivos definidos e confirmar as hipóteses apresentadas.

Com a realização desta investigação indo ao encontro dos objetivos gerais previamente definidos, o presente estudo permitiu conhecer a perceção dos profissionais de saúde e utentes das instituições públicas da região do Algarve relativamente ao seu conhecimento e implementação da segurança do doente nas referidas unidades através de instrumentos vocacionados às populações estudadas (Pacientes e Profissionais).

O nível de cultura de segurança encontrado nas instituições de saúde da região do Algarve não é o desejável (ideal), a falta de recursos humanos e a consequente sobrecarga de trabalho condiciona negativamente a prestação de cuidados, e muitas vezes, as chefias adotam posturas autoritárias e centralizadoras, que comprometem o trabalho em equipa. Há evidência que a região tem níveis de cultura de segurança inferiores aos nacionais.

Constatamos, que um dos fatores determinantes dos ambientes favoráveis à prática da segurança do doente em organizações de saúde na região do Algarve são os seus

profissionais, embora com algumas contingências, são a base fundamental para construção de um ambiente favorável à prática segura. Ficou também, evidenciado que a relação doente/profissional embora fator crucial na criação de um ambiente favorável, precisa de ser melhorada e ajustada às duas necessidades específicas, por parte profissionais adequação de recursos, qualidade e segurança na prestação, atendimento, respeito, informação e participação dos doentes.

Cumprindo um dos objetivos, relativo à tendência das políticas e das estratégias dos serviços públicos de saúde na região do Algarve, verificamos que a tendência das políticas e das estratégias dos serviços de CSH e CSP para a segurança do doente são ligeiramente diferentes, já que estruturalmente os serviços de saúde, e pelas suas características organizacionais, têm práticas e preocupações com outros fatores (económicos, produção, etc..) em detrimento da prática clínica, que levam a uma prestação de cuidados muitas vezes deficiente.

A nossa contribuição para a melhoria do modelo de intervenção nas duas unidades passa pela evidência da necessidade da adequação das infraestruturas, a articulação entre os serviços, a gestão de materiais, equipamentos, recursos humanos especializados e da notificação é crucial para que na atividade diária, a prestação ao paciente ocorra com qualidade, e de forma segura.

Embora o SNS tenha instalado plataformas informáticas nas suas instituições para a notificação de eventos adversos e os utentes tenham a possibilidade de apresentarem as suas reclamações, as ocorrências registadas são em número muito reduzido. Um dos requisitos vitais para a prestação de saúde segura, é a criação de um sistema de comunicação eficaz que permita a divulgação atempada, clara e correta de todas as informações relativas às práticas e procedimentos institucionais.

O sistema de notificação deve promover o registo de qualquer incidente, mesmo os insignificantes. Os erros devem ser avaliados em todos as suas dimensões e dentro de uma abordagem não punitiva, e os notificadores dos eventos devem receber retorno da informação que forneceram. A cultura de culpabilidade responsabiliza o indivíduo face à ocorrência de erros e impede a identificação de problemas nos processos de trabalho que podem ter contribuído para a sua ocorrência. Uma cultura punitiva prejudica o

reconhecimento do erro pelos profissionais, desencorajando a sua notificação. E por consequência impede a aprendizagem organizacional a partir da ocorrência destes. Devemos optar por uma cultura de responsabilização e não penalização. Realizar a análise dos incidentes dando maior ênfase ao sistema e não ao indivíduo.

Assim sendo, é imperativo a criação de um órgão ou comissão independente que possa receber/analisar as informações relativas aos erros, protegendo a identidade de quem notificou. Consideramos importante a implementação de uma cultura organizacional que possibilita aos profissionais identificar e descrever as falhas ocorridas, possibilitando a elaboração de estratégias de qualidade e segurança com o objetivo primordial de prevenção de erros futuros.

É também vital para o incremento da segurança do doente que haja uma participação séria e efetiva do envolvimento da gestão intermédia na melhoria da segurança do doente.

Também é fundamental que seja estabelecido nas instituições de saúde um processo educativo permanente para todas as equipas multidisciplinares onde também sejam incluídos temas relativos aos erros/eventos adversos e melhoria contínua da segurança do cuidado do paciente segundo legislações e padrões de qualidade.

Ficou claro que os doentes têm um conhecimento deficiente relativo à temática da segurança do doente, claramente evidenciado nos seus objetivos de segurança na prestação.

A maior parte dos utentes respondentes confia de “olhos fechados” na capacidade técnica dos profissionais, muito embora tenha algum descrédito na forma de organização institucional.

Também foi claramente evidenciado que os doentes não têm uma intervenção efetiva no que concerne à participação nas soluções da gestão do risco, não sendo na sua maioria parte integrante da solução.

Muito embora nas unidades de saúde avaliadas seja crescente a implementação de programas de segurança do doente alicerçados na mudança cultural, sistemas de



notificação, avaliação do risco e realização de auditorias, ainda é necessário um forte investimento nos fatores humanos (com envolvimento de todos os *stakeholders*), comunicação eficaz e educação para a segurança do doente.

Relativamente ao objetivo específico de caracterização das medidas de atuação e cooperação entre grupos profissionais das unidades de CSH e CSP públicos da região do Algarve, fica latente a deficiente comunicação entre os atores do contexto. Sendo a comunicação uma habilidade humana facilitadora da manifestação e exteriorização de atitudes, sentimentos e pensamentos, o ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento da atividade dos profissionais de saúde no seio das equipas de trabalho.

A falta de adesão ao estudo dos profissionais responsáveis pela gestão das organizações não permitem cumprir um dos objetivos específicos, já que não foi possível o acesso às políticas definidas a curto prazo para cada organização. Ficando por identificar as estratégias coletivas e os recursos organizacionais disponibilizados a curto prazo para melhoria da SD. Muito embora, o não cumprimento deste objetivo específico, possamos registar que tendencialmente serão evidenciadas melhoras nos comportamentos das organizações estudadas relativamente ao tema. Estas melhorias advirão da emanação sucessiva e regular de diretrizes do Ministério da Saúde pela “mão” da Direção Geral de Saúde em concordância com normas da OMS, que têm que ser cumpridas sob pena de penalização da avaliação das instituições. E pela crescente adesão dos profissionais para a temática da SD, não só consciencialização da necessidade da prática correta, mas também pelo receio da penalização pelo erro.

Relativamente à primeira hipótese podemos concluir que não existe apenas um modelo de ambiente favorável à prática da segurança do doente. Podem ser considerados dois ambientes favoráveis, um para os profissionais e outro para os utentes.

Confirma-se a segunda hipótese, uma vez que se previa a existência de diferença na perceção entre os hospitais e centros de saúde sobre os fatores críticos de sucesso dos procedimentos em segurança do doente, uma vez que, as perspetivas dos profissionais são diferentes nas duas unidades em especial na perspetiva dos médicos e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

Relativamente à terceira hipótese o local (hospital e centros de saúde) onde são prestados os cuidados de saúde afetam a perceção do doente quanto relação à gestão e organização da Unidade de Saúde, esta também ficou comprovada já que os doentes dos centros de saúde têm uma perceção mais desfavorável quanto á gestão e organização dos mesmos, relativamente à perceção aos doentes das unidades hospitalares.

A experiência do doente durante a sua estada é afetada em função do local (hospital e centros de saúde) onde lhe são prestados os cuidados de saúde, colocada na quarta hipótese também se confirma e no que concerne à análise específica aos cuidados hospitalares as percentagens de satisfação relativas às questões sobre a experiência durante a estada na unidade de saúde são na ordem dos 60% a satisfação nos cuidados de saúde primários, relativa às mesma questões apresenta valores na ordem dos 45%.

### **7.3 Recomendações**

Na avaliação efetuada no nosso estudo, e perante uma leitura aprofundada dos nossos resultados tendo noção de todas as limitações que o mesmo possa conter, somos da opinião que seria útil a apresentação de algumas recomendações de olhos postos na melhoria da segurança do doente e conseqüente incremento da qualidade de prestação:

Colocação do doente no centro da prestação tornando-o elemento essencial na prestação de cuidado segura;

As Unidades de Saúde devem aferir, de forma consciente, todas as suas necessidades relativamente à carência de recursos humanos, a falta de elementos e a sobrecarga de trabalho não só acentua as falhas como não permite a satisfação dos profissionais e condiciona atenção/prestação ao utente/paciente/doente;

Aumentar o envolvimento da gestão intermédia na melhoria da segurança do doente;

Apoiar a capacitação profissional dos seus prestadores nas áreas da comunicação e trabalho de equipa através de ações de formação em serviço;

Criação de planos de formação em segurança do doente e competências na gestão do risco;

Elaboração de estratégias de envolvimento dos profissionais para a temática da segurança do doente, e conseqüente sensibilização para a notificação dos eventos adversos;

Ajuste nos sistemas de notificação tornando-os mais eficazes, é aconselhável que as notificações sejam realizadas informaticamente e de preenchimento simples, mas concreto;

Existência de cultura da não penalização do erro, fomentação da notificação e de participação efetiva dos profissionais nas avaliações e medidas corretivas através de ações de esclarecimento contínuo;

Fomentar a notificação dos pacientes relativamente aos eventos e criação de mecanismos de *feedback* relativamente ao tratamento/avaliação dos eventos por eles identificados, criação de gabinete do utente, possibilitando desta forma a participação efetiva dos doentes e respetivas famílias em todo o processo de cuidado.



---

---

## Bibliografia



## Capítulo VIII – Bibliografia

---

- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). **Definição de “Cultura”**. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, da Academia das Ciências de Lisboa.
- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). **Definição de “Liderança”**. Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, da Academia das Ciências de Lisboa.
- Acurcio, F. A., Cherchiglia, M. L. & Santos, M. A. (1991). **Avaliação de qualidade de serviços de saúde**. *Saúde em Debate*, 33:50-53.
- Adami, N.P. (2000). **Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem**. *Acta Paul Enferm*; 13 (esp-pt I): 190-6.
- Adams, R.J., Smith, B.J. & Ruffin, R.E. (2001). **Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management**. *Thorax* (Vol. 56, pp. 126–132.)
- Adelman, R.D., Greene, M.G. & Ory, M.G. (2000). **Communication between older patients and their physicians**. *Clinical Geriatric Medicine*, (Vol. 16, pp. 1–24.)
- Administração Regional de Saúde do Algarve. (2015a). **“Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP”**, Circular Interna Normativa nº007/2015 de 2 de julho. Administração Regional de Saúde do Algarve.
- Administração Regional de Saúde do algarve. (2015b). **“Regulamento Interno da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP”**, Circular Interna Normativa nº010/2015 de 6 de agosto. Administração Regional de Saúde do Algarve.
- Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ (2001). **Annual Report on Research and Management**. Florida: Florida Fish and Wildlife Conservation Commission. Consultado a 11 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/annrpt01/>
- Agency for Healthcare Research and Quality, (2004). <http://www.ahrq.gov/chttoolbx/understn.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). **Child Health Care Quality Toolbox:**

- Measuring quality in children's health. Understanding quality measurement.**  
Disponível em: <http://www.ahrq.gov/chtoolbox/understn.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). **Hospital survey on patient safety culture user guide.** Rockville, Maryland.
- Agency For Healthcare Research And Quality. (2008). **Hospital survey on patient safety agency comparative database.** [Consult. 3 Jul. 2009]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospssurvey>.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). **Hospital survey on patient safety culture :2014 User comparative databe report.** Rockville, Maryland.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse R., McKee, M. ... Kutney-Lee, A. (2012). **Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.** *BMJ* 2012; 344 :e1717  
<https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>
- Aldjian, L. C., Jones, E. W., Wu, B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. & Rosenthal, G. E. (2008) **Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety, A Survey of Physicians in Teaching Hospitals.** *Arch Intern Med.* 2008;168(1):40–46.  
doi:10.1001/archinternmed.2007.12
- Almeida, I. M. (2006). **Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise.** *Interface (Botucatu), Botucatu, (Vol. 9, n. 18, pp. 185-202.)*
- Almeida, I. M. (2008). **Análise de barreiras e o modelo de ressonância funcional de acidentes de Erik Hollnagel Barrier analysis and Hollnagel's functional resonance accident model.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* (Vol. 33. pp. 17-31).
- Alto Comissariado da Saúde. (2011). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração.**



- Anderson, E. S., Cox, D. & Thorpe, L. N. (2009) **Preparation of educators involved in interprofessional education**, *Journal of Interprofessional Care*, 23:1, 81-94, DOI: 10.1080/13561820802565106
- Anderson, J., Kodate, N., Walters, R. & Dodds A. (2013). **Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting**, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 25, Issue 2, 1 April 2013, Pages 141–150, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs081>
- Antunes, N. (2015). **Notificação de incidentes e segurança do doente: percepção dos Enfermeiros**. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Arora, N.K. & McHorney, C. A. (2000). **Patient Preferences for Medical Decision Making: Who Really Wants to Participate?** *Medical Care* Vol. 38, No. 3 (Mar., 2000), pp. 335-341
- Associação Médica Mundial (1964). **Declaração de Helsinki**. Adotada na 18a. Assembleia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia
- Assunção, R. (2006). **Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população de Recife**. Dissertação (Mestrado em de Produção) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Australian Government Department of Health and Ageing (2008). **Report on the Audit of Health Workforce in Rural and Regional Australia**, April 2008. Commonwealth of Australia, Canberra.
- Badr, H., AlFadallah, T. & El-Jardali (2017). **Towards promoting patient safety practices: Baseline assessment of patient safety culture in three private hospitals**. *Internacional Journal of Healthcare Management*.
- Bagnasco, A., Tibaldi, L., Chirone, P., Chiaranda, C., Panzone M. S., Tangolo D., ... Sasso, L. (2011). **Patient safety culture: an Italian experience**. *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 20, pp. 1188-1195)
- Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Pietro, P.D., Masters, L., ... Gambino L. (2013). **Identifying and correcting communication failure among**

- health professional working in the Emergency Department.** *Int Emerg Nurs.*; 21(3):168-72.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. ... Tamblyn, R. (2004) **The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada**
- Barbosa, I. A. & Silva, M. J. P. **Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário.** *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):546-51.
- Berwick, D. M. (2004). **Lessons from developing nations on improving health care** *BMJ* 2004; 328 :1124
- Berwick, D., (2004) **Advocate for evidence-based health system reform.** *Journal of the American Medical Association.* Apr 2004;291(16):1945-1947.
- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). **Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis.** *PLoS ONE*, 12(2), e0170988. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Blendon, R., Schoen, C., Donelan, K., Osborn, R. DesRoches, C., Scoles, K., ... Zapert, K., (2001). **Physicians' Views On Quality Of Care: A Five-Country Comparison.** *Health Affairs; Volume 20, nº3.*
- Blendon, R.J., DesRoches, C.M., Brodie, M., Benson, J. M., Rosen, A. B., Schneider, E. ... Steffenson A. E. (2002). **Views of practicing physicians and the public on medical errors.** *New England Journal of Medicine; (Vol. 34, pp.33–39.)*
- Bognár, A., Barach, P., Johnson, J. K., Duncan, R. C., Birnbach, D., Woods, D. ... Bacha, E. A. (2008). **Errors and the Burden of Errors: Attitudes, Perceptions, and the Culture of Safety in Pediatric Cardiac Surgical Teams** by The Society of Thoracic Surgeons Published by Elsevier Inc.
- Bohomol, E., Freitas, M. A. O. & Cunha, I. C. K. O. (2016) **Patient safety teaching in undergraduate health programs: reflections on knowledge and practice.** *Interface (Botucatu)* Vol. 20(58), pp. 727-41.

- Bowman, C., Neeman, N., & Sehgal, N. L. (2013). **Enculturation of Unsafe Attitudes and Behaviors: Student Perceptions of Safety Culture**. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(6), 802–810. <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828fd4f4>
- Brasaitė, I., Kaunonen, M., Martinkėnas, A., Mockienė, V. & Suominen, T. (2016). **Health care professionals' skills regarding patient safety**. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, ISSN: 1648-9144, Vol: 52, Issue: 4, Page: 250-256. Elsevier BV.
- Brasaitė, I., Kaunonen, M., Martinkėnas, A. & Suominen, T. (2016) **Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey**. *BMC Research Notes*20169:177
- Brasil, Ministério da Saúde (2004). **Departamento de atenção básica. Diretriz conceitual da Estratégia Saúde da família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencãobasica.php>
- Brennan, N., Barnes, R., Calnan, M., Corrigan, O., Dieppe, P., & Entwistle, V. (2013). **Trust in the health-care provider–patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base**, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 25, Issue 6, Pages 682–688, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt063>
- Bruno, P. (2010). **Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – Erro em Medicina**, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, ISBN: 978-972-32-1881-7.
- Bueno, A. & Fassarella, C. (2012). **Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica Patient Safety: a reflection on its historical trajectory**. *Revista Acadêmica- Rede de Cuidados de Saúde; Universidade de Unigranrio*.
- Byrne, D.J., Napier, A. & Cuschieri, A. (1988) **How informed is signed consent?** *Br Med J (Clin Res Ed)*. 296(6625):839-840.
- Camargo, B.V. & Justo, A.M. (2013). **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil**. Disponível em <http://www.iramuteq.org>

- Campos, F., Faria, H. & Santos, M. (2010). **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. (Caderno de Estudos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
- Capucho, H., Arnas, E. & Cassiani, S. (2013) **Segurança do Paciente: Comparação entre Notificações Voluntárias Manuscritas e Informatizadas Sobre Incidentes**. Saúde Revista Gaúcha de Enfermagem. V. 34 nº1
- Carayon, P., Schoofs, A., Karsh, B-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). **Work system design for patient safety: the SEIPS model**. *Qual Saf Health Care*; 15(Suppl 1), pp. i50-i58.
- Carneiro N., Jesus C. & Crevelim M. (2010) **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.3, p.709-716, 2010 709
- Carthey, J. & Clarke, J. (2010). **Implementing Human Factors in Healthcare**. Disponível em: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Intervention-support/Human+Factors+How-to+Guide+v1.2.pdf>.
- Carvalho, M. & Vieira, A. (2002). **Erro médico em pacientes hospitalizados**. *Jornal de Pediatria Vol.78, Nº4. Sociedade Brasileira de Pediatria*.
- Carvalho, R. E. F. L., Arruda, L. P., Nascimento, N. K. P., Sampaio, R. L., Cavalcante, M. L. S. N. & Costa, A. C. P. (2017). **Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2849. [Access 08.08.2018 Available in: URLDOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1600.2849>.
- Castel, E. S., Ginsburg, L. R., Zaheer, S., & Tamim, H. (2015). **Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors?** *BMC Health Services Research*, 15, 326. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0987-9>
- Catalan, J., Brener, N., Andrews, H., Day, A., Cullum, S., Hooker, M. & Gazzard, B. (1994). **Whose health is it?. Views about decision-making and information- seeking from people with HIV infections and their professional carers**. *AIDS Care*, (Vol. 6, pp. 349–356.)

- Catchpole, K., Leval, M., Mcewan, A., Pigott, N., Elliott, M., Mcquillan, A., Macdonald, C. & Goldman, A. (2007). **Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality**. *Pediatric Anesthesia*.17: 470-178. doi:10.1111 /j.1460-9592.2007.02239.x
- Catchpole, K., Panesar, S. S., Russell, J., Tang, V., Hibbert, P. & Cleary, K. (2009). **Surgical safety can be improved through better understanding of incidents reported to a national database**. National Reporting and Learning Service, London
- Centro Hospitalar do Algarve (2015). **Programa de Segurança do Doente, NH nº2**. Manual Hospitalar Quadro de Referências - Políticas .
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2010a). **Política de Segurança do Doente, Política nº 24** .Manual Hospitalar .
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2010b). **Programa de Segurança do Doente, NH nº13**.Manual Hospitalar Quadro de Referências- Políticas .
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011a). **Sistema de notificação de Eventos Adversos, NH nº22**. Manual Hospitalar.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011b). **Sistema de Prevenção e Monitorização de Quedas, NH nº23**. Manual Segurança do Doente.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011c). **Sistema de Prevenção e Monitorização da Cirurgia Segura, NH nº24**. Manual Segurança do Doente.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011d). **Sistema de Monitorização da Identificação do Doente, NH nº25**. Manual Segurança do Doente.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011e). **Sistema de Prevenção e Monitorização Do Erro Medicamentoso, NH nº26**. Manual Segurança do Doente.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011e). **Sistema de Prevenção e Monitorização do Erro Medicamentoso, NH nº26**. Manual Segurança do Doente.
- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011f). **Sistema de Monitorização de Imobilizações de Doentes, NH nº27** Manual Segurança do Doente.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011g). **Sistema de Prevenção e Monitorização de Úlceras de pressão, NH nº28.** Manual Segurança do Doente.

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011h). **Administração terapêutica dose unitária, NP1/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011i). **Cuidados de enfermagem na administração de terapêutica por via parentérica, NP3/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011j). **Notificação de incidentes, acidentes e quase acidentes com medicamentos, NP4/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011k). **Manutenção do cofre de estupefacientes, NP11/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011l). **Armazenamento e acondicionamento de medicamentos e produtos inflamáveis, NP15/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011m). **Cuidados de enfermagem na administração de terapêutica por via parentérica, NP16/XII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011n). **Preparação pré-operatória NP1/VIII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011o). **Monitorização da preparação da pele no pré-operatório, NP2/VIII/E.** Manual Hospitalar (Manual de Enfermagem).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011p). **Terapêutica ao domicílio, Protocolo nº96.** Manual Hospitalar

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. (2011q). **Eliminação de fármacos, Protocolo nº111.** Manual Hospitalar. Quadro de Referências - Políticas

- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). **Relatório 1ª Auditoria - Área Identificação Segura 2017**, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Hospitalar Portimão/Lagos. Gabinete de Gestão da Qualidade.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). **Programa Hospitalar de Segurança do Doente - Relatório anual de Eventos Adversos 2016**, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Hospitalar Portimão/Lagos. Gabinete de Gestão da Qualidade.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). **Relatório 2ª Auditoria- Área Cirúrgica 2017**, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Hospitalar Portimão/Lagos. Gabinete de Gestão da Qualidade.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). **Relatório 2ª Auditoria - Área Medicamento 2017**, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade Hospitalar Portimão/Lagos. Gabinete de Gestão da Qualidade.
- Charles V., (2003) **Understanding and Responding to Adverse Events** N ENGL J MED 348;11
- Collier, A., Sorensen, R. & Iedema, R. (2016). **Patients' and families' perspectives of patient safety at the end of life: a video-reflexive ethnography study.** *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 28, Issue 1, Pages 66–73, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv095>
- Combs, A. & Taylor, C. (1952). **The effect of the perception of mild degrees of threat on Performance.** *Journal of Abnormal Social Psychology* (Vol. 47, pp.420-424)
- Conselho Europeu. (2009). **Recomendação, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.** OJ C 151, 3.7.2009, p. 1–6
- Cooper, J.B., Gaba, D.M., Liang, B., Woods, D, & Blum, L.N. (2000). **The National Patient Safety Foundation agenda for research and development in patient safety.** *Medscape General Medicine*, 2 (3), E38.
- Costa, A. (2009). **Segurança do Doente, Programas e Projetos. Departamento da Qualidade na Saúde. Apresentação Powerpoint.** Disponível em:

[www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/enqs-3.../crisina-costa-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/enqs-3.../crisina-costa-pdf.aspx)

Costa, M. (2014). **“A Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais”** Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Costa, M.P.F. (2004). **Ressuscitação Cardiopulmonar: aspectos da comunicação, o e do tempo. In: Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; (pp. 111-122).

Council of Europe. (2005). **Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.** Disponível em: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5)

Cronbach, L. (1951). **Coefficient alpha and the internal structure of tests.** *Psychometrika*, Volume 16, *Issue 3*, pp 297–334.

Crosby, P. B. (1979). **Quality is Free: the art of making quality certain.** McGraw-Hill Companies.

D’Innocenzo, M., Adami, N. P. & Cunha, I. C. K. O. (2006). **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** *Rev Bras Enferm*; 59(1), pp. 84-8.

Daniels, K. & Auguste, T. (2013). **Moving forward in patient safety: multidisciplinary team training.** *Semin Perinatol*; 37(3):146-50.

Danish Ministry of Interior and Health. (2006). **Patients’ experience in a Danish hospital.** Unit of Patient Evaluation on behalf of the Danish Regions and the Danish Ministry of Interior and Health

Davies H., Nutley S., & Mannion, R. (2000). **Organisational culture and quality of health care.** *BMJ Quality & Safety* 2000; 9:111-119.

Davies, J. Hébert, P. & Hoffman, C. (2003). **The Canadian Patient Safety Dictionary.** Calgary, Toronto, and Regina, Canada.



- Davies, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N. & Vincent, C. A. (2007). **Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?** *Health Expectations* (Vol. 10, pp.259-267)
- Davis, L. (1992). **Instrument Review: Getting the most from a Panel of Experts.** *Appl Nurs Res.* 1992 Nov [Consultado em 3 Sep. 2017]; 5(4):194–7. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189705800084>
- De Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Van Rijk, P. & Dierckx, R. (2002). **Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine.** *European journal of nuclear medicine and molecular imaging.* 29. 1109-17. 10.1007/s00259-002-0869-3.
- Dekker, S. W. A. (2005). **Ten questions about human error: a new view of human error and sistem safety.** Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deming, W. (1986). **Out of the crisis.** Massachusetts Institute of Technology, Centre for Advanced Engineering, Cambridge, USA.
- Deming, W. E. (1982). **Quality, productivity, and competitive position.** Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Denis, J.L., Champagne, F., Pomey, M. P., Prével, J., & Tré, G. (2005). **Towards a framework for the analysis of governance in health care organizations.** Preliminary report presented to the Canadian Council on Health Services Accreditation, October 2005, Université de Montréal.
- Department of Health. (2005). **Creating a Patient-led NHS: Delivering the NHS Improvement Plan.** London, UK : Department of Health.
- Department of Health. (2007). **Now I Feel Tall: What a Patient-led NHS Feels Like.** London, UK: HMSO.
- DGS. (2015). **Relatório Segurança do Doente, avaliação da cultura nos hospitais.** Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Consultado em 12/12/2017)
- DGS. (2017). **Relatório Segurança do Doente 2015, avaliação da cultura de segurança nos cuidados de saúde primários.** Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Consultado em 12/12/2017)

- Diário da República n.º 229/2012, Série I de 2012-11-27
- Diário do Governo. (1900). **n.º 226, de 6 de Outubro**, Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa, Anno de 1899, Lisboa, Imprensa Nacional, 1900, p. 487.
- Diário do Governo. (1911). **n.º 33, de 10 de Fevereiro de 1911**, Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa, Anno de 1911, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912, pp. 118-119.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2018). "**Definição de confiança**", <https://www.priberam.pt/dlpo/confian%C3%A7a> [consultado em 21-08-2018].
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M., & Persing, R. (2008). **Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements**. In book: **Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches** (Vol. 3: Performance and Tools), Publisher: Agency for Healthcare Research and Quality (US), Editors: Kerm Henriksen, James B Battles, Margaret A Keyes, Mary L Grady.
- Direção Geral da Saúde. (2011). **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**.
- Direção Geral de Saúde (2012). **Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA)**, Orientação nº25/2012 de 19 /12/2012. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção geral de Saúde. (2011). **Lista de Verificação Cirurgia Segura, Orientação nº 30**. Departamento da Qualidade na Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013). **Norma nº: 008/2013: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**.
- Direção geral de Saúde. (2013a). **Cirurgia Segura Salva Vidas**, Norma nº 02 de 12 de fevereiro de 2013. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013c). **Avaliação da Cultura de Segurança do doente nos Hospitais**, Norma nº025/2013 de 24 de dezembro. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2013e). **Norma nº 025/2013: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais**.

- Direção Geral de Saúde. (2014). **Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**, Norma nº15/2014 de 25 /09/2014. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde. (2015). **Avaliação da Cultura de Segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários**, Norma nº003/2015 de 11 de março.[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde (2015). - **Norma nº03/2015, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários**. DGS: Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (1998). **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa.
- Donabedian, A. (1966). **Evaluating the Quality of Medical Care**. *The Milbank Memorial Found quarterly* Vol. No.3, Part 2, pp.166-206.
- Donabedian, A. (1980) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1.) **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1980). **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (Vol. 1: *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*). Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1985). **Explorations in Quality Assessment and Monitoring** (Vol. 2: *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*). Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988a). **The quality of care – How it can be assessed**. *JAMA* Vol. 260, No. 12
- Donabedian, A. (1988b), **Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means, Inquiry**, Vol 25, no1, 173-192, [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=1547&page=46](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1547&page=46) – acedido a 10/09/2015
- Donabedian, A. (1990). **The Seven Pillars of quality**. *Arch Phatol LabMed* nº14.

- Donabedian, A. (2005). **Evaluating the Quality of Medical Care**. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013). **A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness**. *BMJ Open*; 3:e001570.
- Durant, R. W., McClure, L. A., Halanych, J. H., Lewis, C. E., Prineas, R. J., Glasser, S. P. & Safford, M. M. (2010). **Trust in Physicians and Blood Pressure Control in Blacks and Whites Being Treated for Hypertension in the Regards Study**. *Ethnic Dis.* 20(3):282–9.
- Easterbrook, J. A. (1959). **The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior**. *Psychological Review* 66 (3): (pp. 183-201).
- Eiras, M., Diniz, A., Escoval, A., Costa, A., Fernandes, A., Bruno, P. & Gaspar, M. (2011), **Estudo piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses**, Direcção Geral de Saúde, Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150177AAAAAAAAAAAA> – acedido a 03/04/2017.
- Estefano, E. (1996). **Satisfação dos recursos humanos no Trabalho: um estudo de caso na Biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina**. Dissertação de Mestrado Universidade Federal de Santa Catarina.
- Fabrigar, L., Wegener, D., MacCallum, R. & Strahan, E. (1999). **Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research**. *Psychological Methods* [Consultado a 12 mar. 2017]; 4(3):272–90. Disponível em: <http://www.w.statpower.net/Content/312/Handout/Fabrigar1999.pdf>
- Fajardo-Dolci G., Rodríguez-Suárez J., Arboleya-Casanova H., Rojano-Fernández C., Hernández-Torres F. & Santacruz-Varela, J. (2010). **Patient safety culture in healthcare professionals** *Cir Cir* 2010; 78 (6)
- Feigenbaum, A. V. (1961). **Total Quality Control: engineering and management**, McGraw- Hill.

- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). **Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses**. *Revista de Enfermagem Referência, serIII(4)*, 37-48. (Consultado em: 15 de agosto de 2018) Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt&tlng=pt).
- Fetherston, T. (2015). **The importance of critical incident reporting - and how to do it**. *Community Eye Health*. 28(90): 26–27.
- Field, A. (2013) **Discovering Statistics Using IBM SPSS**. 3rd ed. SAGE. Thousand oaks: SAGE Publications; [Consultado a 28 de Fev. 2017]. p. 857. Disponível em: <http://www.soc.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/elopen/andy-field-discovering-statistics-using-spss-thirdedition-20091.pdf>
- Flynn, A. & Shaw, J. (2010). **Safety Matters! a Guide to Health & Safety at Work**. Publisher Management Briefs Ltd. United States
- Fortin, A. H., Dwamena, F. C., Frankel, R. M. & Smith, R. C. (2012). **Smith's patient-centered interviewing: an evidence-based method**. 3rd ed. New York (NY): McGraw Hill Medical.
- Fortin, M. F. (2003). **O Processo de Investigação: da concepção à realização** (3rd ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). **O erro em Medicina – Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**, Coimbra: Edições Almedina, SA, ISBN: 978-972-40-2347-2.
- Fragata, J. (2009). **Gestão do Risco**. In L. Campos, M. Borges, & R. Portugal (Edits.), *Governança dos Hospitais* (pp. 75-105). Alfragide: Casa das Letras.
- Fragata, J. (2010). **A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em saúde**. *Rev Port Clin Geral* (Vol. 26, pp. 564-70).
- Fragata, J. (2010). **Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte**. *Rev Port Saúde Pública* (Vol. Temat (10), pp. 17-26).
- Fragata, J. (2011). **Segurança dos doentes – Uma Abordagem Prática**, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, ISBN: 978-972-757-797-2.

- Fragata, J. (2011a). **A prestação de cuidados de saúde como atividade de risco**. In J. Fragata, *Segurança dos doente - uma abordagem prática* (pp. 9 - 16). Lisboa: LIDEL.
- Fragata, J., Bilbao, M., Fragata, I., Barros, P. P., Santos, S., Ferreira, S. & França, M. (2006). **Risco Clínico – complexidade e performance**, Coimbra: Edições Almedina, SA, Depósito legal 242854/06.
- Fujita, S., Seto, K., Kitazawa, T., Matsumoto, K. & Hasegawa, T. (2014). **Characteristics of unit-level patient safety culture in hospitals in Japan: a cross-sectional study**. *BMC Health Services Research* (14:508).
- Gaba, D.M., Howard, S.K., Flanagan, B., Smith, B.E., Fish, K.J. & Botney, K. (1998) **Assessment of clinical performance during simulated crises using both technical and behavioural ratings**. *Anesthesiology* (Vol. 89, pp. 8-18).
- Gallagher, T. H., Mello, M. M., Levinson, W., Wynia, M. K., Sachdeva, A. K., Sulmasy, L. S. ... Arnold, R. (2013). **Talking with Patients about Other Clinicians' Errors**. *N Engl J Med* 369;18
- Gama, Z. A. S. & Saturno, P. J. (2013). **A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde**. In: *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde*. Brasília: Anvisa.
- Gama, Z. A. S., Oliveira, A. C. S. & Hernández, P. J. S. (2013). **Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles**. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* (Vol. 29(2), pp. 293)
- George, D. & Mallery, P. (1999). **SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference**. [Internet]. Allyn and Bacon; [Consultado a 28 de Fev. 2017]. 1-357 p. Disponível em: <http://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- George, D., & Mallery, P. (2003). **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update** (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

- Gill, R. (novembro, 2017). **Going to the Hospital**. Disponível em: <https://kidshealth.org/en/kids/hospital.html>
- Godfrey, B. A. (2001). **Gestión de la calidad total**, em Joseph M. Juran, e A. B. Godfrey, ed.: *Manual de Calidade de Juran 5.ª ed. vol.I* (McGraw – Hill, Madrid, capítulo 14,37 p.)
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. & Reeves, S. (2009) **Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education**. *J Contin Educ Health Prof.*;29(3): (pp. 151–156.)
- Gomes, M. J. (2012). **Cultura de Segurança do Doente no Bloco Operatório**. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Graber, M.L. (2013). **The incidence of diagnostic error in medicine**. *BMJ Qual Saf.* (Vol. 22: pp. ii21-ii27).
- Grönroos, C. (2001). **The perceived service quality concept – a mistake?** *Managing Service Quality*; (Vol. 11, no. 3, pp. 150-152).
- Grönroos, C., (2006). **Adopting a service logic for Marketing Theory** Vol 6, Issue 3, pp. 317 - 333 <https://doi.org/10.1177/1470593106066794>
- Habermas, J. (1987) **Teoria de la Acción Comunicativa**. Madrid (ES): Taurus.
- Harris, L., and Associates. (1997). **Public Opinion of Patient Safety Issues Research Findings**. North Adams, MA: National Patient Safety Foundation at the AMA.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N. & Vleugels, A. (2007). **Challenging patient safety culture: Survey results**. *International journal of health care quality assurance*. 20. 620-32. 10.1108/09526860710822752.
- Helmreich, R. L. (2000). **On error management: lessons from aviation**. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), (pp. 781–785.)
- Hertzog M. A. (2008). **Considerations in Determining Sample Size for Pilot Studies**. *Res Nurs Heal. Apr*;31(2):180–91.
- Hindle, D., Haraga, S., Radu, C. & Yazbeck, A. (2008). **What do health professionals think about patient safety?** *Journal of Public Health*. Vol. 16, nº 2, p. 87-96.

- Hollnagel, E. (2003). **How to assess the risk of human erroneous actions**. In: Eklund, J. & Ekros, J.-P. (Eds.), *Safety and reliability* (p. 23-36). Linköping, Sweden: Linköpings Universitet.
- Hollnagel, E. (2004). **Barriers and accident prevention**. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited.
- Horn R. (2007). **Exploratory Factor Analysis**. Analysis. [Consultado a 13 mai. 2017];18. Disponível em: [http://oak.ucc.nau.edu/rh232/courses/EP624/Handouts/Exploratory Factor Analysis using SPSS.pdf](http://oak.ucc.nau.edu/rh232/courses/EP624/Handouts/Exploratory_Factor_Analysis_using_SPSS.pdf)
- Houanet, S.P. (1992) **Por que o moderno envelheceu tão rápido?** Rev USP; (Vol. 15: pp. 112-7).
- House of Commons Health Committee. (2009) **Patient Safety. Sixth Report of Session 2008–09. Vol.1**. London, England: Stationery Office;
- Hovey, R. & Apelian, N. (2014). **Is our incapacity for conversation a serious barrier to person centred medicine?** *The International Journal of Person Centered Medicine*, Vol. 4 nº1.
- Hovey, R. B., Morck, A., Nettleton, S., Robin, S., Bullis, D., Findlay, A., & Massfeller, H. (2010). **Partners in our care: patient safety from a patient perspective**. *BMJ Quality & Safety*, 19(6), e59–e59. doi:10.1136/qshc.2008.030908
- Howell, A-M., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T. & Darzi, A. (2015) **Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data**. *PLoS ONE* 10(12): e0144107. doi:10.1371/journal.pone.0144107
- Ilha, P., Radünz, V., Tourinho, F. & Marinho, M. (2016). **Segurança do Paciente na Percepção de Acadêmicos de Enfermagem**. *Cogitare Enferm*. 2016 v. 21 n. esp: 01-10.
- Institute of Medicine (1990). **A Strategy for Quality Assurance**, National Academy of Sciences, ISBN 0-309-59339-5.



- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011) **Censos 2011**. Portugal
- IOM (2001). **Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21<sup>ST</sup> Century**.
- Ishikawa, K. (1962). **Introduction to Quality Control**, Japan, Tokyo: 3A Corporalion and Union of Japanese Scientists and Engineers - JUUSE Press Ltd. 435 páginas.
- Jansma, J. D. (2011). **Patient safety education for medical residents**. PhD Thesis. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., Bates, D. W. & Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. (2010). **Patient safety research: an overview of the global evidence**. *BMJ Quality & Safety* 2010; 19:42-47.
- Johnston, P. & Wilkinson, K. (2009). **Enhancing Validity of Critical Tasks Selected for College and University Program Portfolios**. *Natl Forum Teach Educ J.*;19(3):1–6.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). **Facts about patient safety**. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/PatientSafety/facts\\_patient\\_safety.htm](http://www.jointcommission.org/PatientSafety/facts_patient_safety.htm). (Consultado em: 19/07/2006)
- Juran, J. M. (1988). **Juran on planning for quality**. New York: Free Press.
- Juran, J.M. (1995) **Managerial Breakthrough** (2nd edn). McGraw-Hill: London.
- Kaiser, H. F., & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117. doi:10.1177/001316447403400115
- Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Wu B. J., Forman-Hoffman, V. L., Levi, B. H. & Rosenthal, G. E. (2008). **Reporting medical errors to improve patient safety**. *ARCH Intern Med* Vol. 168 (no. 1)
- Kalkman, J. (2010). **Handover in the perioperative care process**. *Curr Opin Anaesthesiol*. Dec; 23(6): 749–753. doi: 10.1097/ACO.0b013e3283405ac8
- Kiersma, M. E., Plake, K. S., & Darbishire, P. L. (2011). **Patient Safety Instruction in US Health Professions Education**. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 75(8), 162. <http://doi.org/10.5688/ajpe758162>

- Kimberlin, C. L. & Winterstein, A. G. (2008). **Validity and Reliability of Measurement Instruments Used in Research**. Am Soc Heal Pharm Inc [Internet]. [Consultado a 28 de Fev. 2017];65(23):2276–84. Disponível em: <http://www.ajhp.org/content/65/23/2276>
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000) **To err is human : building a safer health system : a report of the Committee on Quality of Health Care in America**, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press;
- Konteh, F.H., Mannion, R. & Davies, H.T.O. (2008). **Clinical governance managers views on culture and quality improvement**. *Clinical Governance: an International Journal*, 13(3), pp.200-207.
- Koutantji, M., Davis, R., Vincent, C. & Coulter, A. (2005). **Clinical risk, The patient's role in patient safety engaging patients, and their representatives, and health professionals**. Royal Society of Medicine Press Pag. 99-104
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P. & Baker, D. W. (2007). **Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians**. *JAMA* (Vol. 297, No. 8)
- Lacombe, F. J. M. & Heilborn, G. L. J. (2003). **Administração princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- Lança, R. (2012), **Como formar equipas de elevado desempenho**, Lisboa: Escolar Editora, ISBN: 978-972-592-338-2.
- Landis, J. & Koch, G. (1977). **The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data**. *Biometrics*, 33(1), 159-174. doi:10.2307/2529310
- Lawshe C. (1975). **A Quantitative Approach To Content Validity 1**. *Pers Psychol* [Internet]. [Consultado a 18 de Fev. 2017]; 28(1):563–75. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.9380&rep=rep1&type=pdf>
- Leape, L. L., Woods, D. D., Hatlie, M. J., Kizer, K. W., Schroeder, S. A. & Lundberg, G. D. (1998). **Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error**. *JAMA* (Vol. 280, No. 16)

- Leape, L.L. (1994) **Error in Medicine**. JAMA.; (Vol.272(23):pp.1851–1857). doi:10.1001/jama.1994.03520230061039
- Leape, L.L. (March 2004) – **Making health care safe: are we up to it?** *Journal of Pediatric Surgery*. 39 : 3) pp. 258-266.
- Leape, L.L., Lawthers, A.G., Brennan, T.A., Johnson, W.G. (1993). **Preventing medical injury**. *Quality Review Bulletin*.;(19(5): pp. 144–149).
- Lee, P., Allen, K. & Daly, M. A. (2012). **“Communication and Patient Safety” training programme for all healthcare staff: can it make a difference?** *BMJ Qual Saf*; 21(1): 84-8.
- Lee, Y. Y. & Lin, J. L. (2011). **How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes**. *Patient Educ Couns*. 85(3):406–12. doi: 10.1016/j.pec.2010.12.005 PMID: 21269794
- Leonard, M. & Frankel, A. (2012, Maio). **How can leaders influence a safety culture?** London: The Health Foundation. [Consult. 03 jun. 2017]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3427/How+can+leaders+influence+a+safety+culture+thought+paper.pdf?realName=6TNLDH.pdf>
- Levine, H. (February 01, 2018). **Will You See an Actual Doctor the Next Time You Go to the Doctor? It’s getting harder to see a doctor, but you can still get quality care from a host of other professionals if you know who’s who**. Disponível em: <https://www.consumerreports.org/doctors/will-you-see-an-actual-doctor-when-you-go-to-the-doctor/>
- Lima, M., Ramos, D., Rosa, R., Nauder, T., Davis R., (2007). **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. *Acta Paul Enferm* 007;20(1):12-7.2007;20(1):12-7.
- 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.

- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G., Reznick, R., ... Grober, E. (2004). **Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects.** *Quality & Safety in Health Care*, 13(5), 330–334. <http://doi.org/10.1136/qshc.2003.008425>
- Lynn, A. & Shaw, J. (2008)- **Leadership and Organisational Safety Culture.** In **-Safety Matters! A Guide to Health & Safety at Work.** [Em linha]. [Consult. 03 jun. 2017]. Disponível em WWW: [http://www.managementbriefs.com/\\_media/pdfs/safety\\_matters\\_chapter3.pdf](http://www.managementbriefs.com/_media/pdfs/safety_matters_chapter3.pdf) f>.
- Lynn, M.R. (1985) **Determination and Quantification of Content Validity.** [Internet]. Vol. 35, *Nursing Research*. [Consultado a 18 de Fev. 2017]. p. 382–5. Disponível em: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006199-198611000-00017>
- Mandel, C. (2017). **Patient safety is everyone’s business.** *Journal of Medical Radiation Sciences*, 64(3), 161–162. <http://doi.org/10.1002/jmrs.241>
- Manser, T. & Foster, S. (2011). **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.** Volume 25, Issue 2, June 2011, Pages 181-191
- Manser, T. (2009). **Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature.** *Acta Anaesthesiol Scand* (Vol. 53, pp.143-151).
- Mardon, E., Khanna, K. M.A., Sorra, J., Dyer, N. & Famolaro, T. M.P.S., (2010). **Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events-** *Journal Of Patient Safety*, vol.6. issue 4, pp.226-232.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS.* 3ª Edição. Edições Sílabo
- Marsch, S. (1998). **Team oriented medical simulation.** In L. Henson & A. Lee (Eds.), **Simulators in anaesthesiology education** (pp. 51-55). New York: Plenum.
- Martins, C. C. F., Santos, V. E. P., Pereira, M. S. & Santos, N. P. (2014). **The nursing team’s interpersonal relationships v. stress: limitations for practice.** *Cogitare enferm.* [Internet; 19(2): 287-93 Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/36985/22757>  
[consultado em 10 fev 2015].

Maurino, D.E., Reason, J., Johnston, N. & Lee, R.B. (1995). **Beyond aviation human factors:safety in high technology systems**. Brookfield, VT: Ashgate Publishing.

Maxfield, D.G., Lyndon, A., Kennedy, H. P., Keeffe, D. O. & Zlatnik, M. G.(2013) **Confronting safety gaps across labor and delivery teams**. *Am J Obstet Gynecol*; 209(5):402- 8.

Mayer, J.D., Gaschke, Y.N., Braverman, D.L., Evans, T.W. (1992). **Mood congruent judgement is a general effect**. *Journal of Personality and Social Psychology*. (Vol. 63: pp. 119–132.)

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., ... Thomas, E. J. (2009). **Surgical team behaviors and patient outcomes**. *Am J Surg*. 2009 May;197(5):678-85. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002. Epub 2008 Sep 11.

Medeiros, A. C., Siqueira, H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S., & Thurow, M. (2016). **Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(5), 816-822.

Meijer, J., Trip, J., Jaegers, S., Links, T., Smits, A., Groothoff, J. & Eisma, WW., (2009) **Quality of life in patients with diabetic foot ulcers**. Pages 336-340 | Published online: 07 Jul 2009

Michaelson, M. & Levi, L. (1997). **Videotaping in the admitting area: a most useful tool for quality improvement of the trauma care**. *Eur J Emerg Med*; 4:59.

Miller, G., Britt, H. & Valent, L. (2006). **Adverse drug events in general practice patients in Australia**. *MJA Volume 184 Number 7*

Ministério da Indústria e Comércio (1986). **Criação do Instituto Português da Qualidade**. Decreto-lei 183/86, de 12 de julho. *Diário da República n.º 158/1986, Série I de 1986-07-12*.

Ministério da Indústria e Economia (1993). **Criação do Sistema Português da Qualidade**. *Diário da República n.º 153/1993. Série I-A de 1993-07-02. Número:234/93 Páginas:3640 - 3645*

Ministério da Saúde (1999). **Saúde um compromisso: a estratégia para o virar do século 1998-2002**. Biblioteca da União Europeia. ESNB: 972-9425-69-

Ministério da Saúde (2009). **Plano de saúde 2014- 2010**. Despacho Nº 14223/209 Diário da República n.º 120/2009, Série II de 2009-06-24 24667 - 24669

Ministério da Saúde (2012b). **Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde**. Decreto-Lei nº253/2012, Páginas:6757 – 6767

Ministério da Saúde (2013c). **Criação do Centro Hospitalar do Algarve, Decreto Lei nº 69, Diário da República Nº95/2013, Série I de 17 de maio**.

Ministério da Saúde (2017). **Alteração da denominação do Centro Hospital do Algarve E.P.E. para Centro Hospitalar Universitário do Algarve , E procede à transferência de atribuições da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., relativas ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, Decreto Lei nº 101, Diário da República Nº162/2017, Série I de 23de agosto**.

Ministério da Saúde e Assistência. (1971). **Decreto Lei nº 413, Reorganização do Ministério da Saúde**. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 27 de setembro.

Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. (1979). **Determina que o Hospital Distrital de Faro passe a utilizar, além das instalações sitas na Praça de D. Francisco Gomes, as novas instalações para o efeito edificadas, Decreto Lei nº 121, Diário da República Nº125/2005, Série I de 8 de maio**.

Ministério da Saúde -Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2013 c). **Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos**. Despacho nº2902/2013 Diário da República n.º 38/2013, Série II de 2013-02-22. Páginas:7179 - 7180

Ministério Da Saúde, DGS. (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; pp. 172-4.

Ministério da Saúde. (1990). **Lei de bases da Saúde, Lei nº 48, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 24 de agosto**

- Ministério da Saúde. (2004). **Criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio S.A.**, Decreto Lei nº 214, Diário da República Nº198/2004, Série I-A de 23 de agosto.
- Ministério da Saúde. (2005). **Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais**, Decreto Lei nº 93, Diário da República Nº105/2005, Série I-A de 6 de julho.
- Ministério da saúde. (2006). **Decreto Lei nº 212/2006, Lei Orgânica Ministério da Saúde**. Diário da República n.º 208/2006, Série I de 2006-10-27
- Ministério da Saúde. (2008). **Decreto-Lei nº 234/2008. Lei Orgânica do Ministério da Saúde**. Diário da República n.º 233/2008, Série I de 2 de dezembro
- Ministério da Saúde. (2008a). **Decreto-Lei nº 28/2008. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde**. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 22 de fevereiro.
- Ministério da Saúde. (2008b). **Alteração ao Decreto Lei nº28/2008, relativamente à criação estruturação e funcionamentos dos Agrupamentos de Centros de Saúde**. Decreto Lei nº 253, Diário da República n.º 299/2012, Série I de 27 de novembro.
- Ministério da Saúde. (2011). **Lei Orgânica da Saúde, Decreto Lei nº 124**, Diário da República n.º 249/2011, Série I de 29 de dezembro.
- Ministério da Saúde. (2012). **“Missão e Atribuições das Administrações Regionais de Saúde, I.P.”** Portaria nº 156, Diário da República n.º 99/2012, Série I de 22 de maio.
- Ministério da Saúde. (2012c). **Lei orgânica das Administrações Regionais de Saúde I.P.**, Decreto Lei nº 22, Diário da República Nº22/2012, Série I de 30 de janeiro.
- Ministério da Saúde. (2013). **Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Despacho nº 2902**, Diário da República n.º 38/2013, Série II de 22 de fevereiro.
- Ministério da Saúde. (2013b). **Normas relativas à implementação do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”** Despacho nº 2905, Diário da República n.º 38/2013, Série II de 22 de fevereiro.

- Ministério da Saúde. (2013d). **Estratégia Nacional para a Qualidade em saúde**, Despacho nº 3536, Diário da República nº47, Serie II de 7 de março.
- Ministério da Saúde. (2015a). **Despacho 1400-A/2015, Plano nacional para a Segurança do Doente**. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015
- Ministério da Saúde. (2015b). **Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020**. Despacho nº 5613, Diário da República, nº 102/2015 , II Serie de 27 de maio.
- Ministério da Saúde. (2015c). **Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, 2015-2020**. Despacho nº 5739, Diário da República, nº 104/2015 , II Serie de 29 de maio.
- Ministério das Finanças da Administração Pública e da Saúde. (2007). **“Estatutos da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.”** Portaria nº 653/2007, Diário da República n.º 104/2007, Série I de 30 de maio.
- Ministério das Finanças e Administração Pública e da Saúde. (2009). **Portaria nº155/2009**. Diário da República n.º 28/2009, Série I de 10 de fevereiro
- Ministerio de Sanidad, Política e Investigación. (2010). **Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios- Diseño y validación preliminar**. Agencia de Calidad del Sistema nacional de Salud.
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2009). **Criação do Departamento do Departamento da Qualidade em Saúde**. Portaria155/2009 Diário da República n.º 28/2009, Série I de 2009-02-10 páginas 878 - 881
- Mintzberg, H. (2010). **Managen. (2ª Edição)** Offenbach, Gabal Verlag
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Vitaller, J., Ziadi, M., Ortiz, L, Ignacio, E, & Aranaz, J. (2009). **El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad**. Revista médica de Chile, 137(11), 1441-1448. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001100005>Morujão (2007) Disponível em:



<http://magazinedasaude.blogspot.com/2009/01/hospitais-no-vo-gerir-centros-de-sade.html>

- Mira, J.J., Vitaller, J., Lorenzo, S., Royuela, C., Pérez-Jover, V., & Aranaz, J.. (2012). **Pacientes como informadores de eventos adversos: Resultados en diabetes y enfermedad renal.** *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(1), 19-28. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100003>
- Mota, A. (2014). **Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos profissionais do bloco operatório.** Tese de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Muhlenbock, K. & Kokkinakis, J. S (2010). **An Extended Readability Measure.** In: *Focus Gothenburg: Proceedings of Corpus Linguistics 2009*; [Consultado a 2 mar. 2017]. p. 1–9. Disponível em: <http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:services.scigloo.org:99317?tab2=abs&language=en>
- Myerscough, P. R. & Ford, M. (1996). **Talking with patients: keys to good communication.** 3rd ed. New York (NY): Oxford University Press.
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B. Ashrafian, H. Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. (2010) **Information Transfer and Communication in Surgery: A Systematic Review** *Annals of Surgery: August 2010 - Volume 252 - Issue 2 - p 225-239*
- Nascimento, N. & Travassos, C. (2010). **O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente.** *Physis.*; (Vol. 20, pp. 625–51).
- National Patient Safety Agency. (2004, Abril). **Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff.**
- National Patient Safety Foundation (1997). **Prospectus of the NPSF: importance of leadership.** Chicago, IL: NPSF, 1997. ([www.ama-assn.org/medsci/npsf/leader.htm](http://www.ama-assn.org/medsci/npsf/leader.htm); accessed 10 March 2016.)

- National Patient Safety Foundation. (2002). **Patient Safety: Your Role in Making Healthcare Safer**. North Adams, MA, United States: National Patient Safety Foundation.
- National Quality Forum (2005). **Improving Patient Safety Through Informed Consent for Patients with Limited Health Literacy**. Washington, DC.
- National Quality Forum (2006). **Measure evaluation criteria**. Disponível em: [http://www.qualityforum.org/docs/measure\\_evaluation\\_criteria.aspx](http://www.qualityforum.org/docs/measure_evaluation_criteria.aspx).
- Neill, J. (2008). **Writing Up a Factor Analysis**. [Consultado a 11 de Abr. 2017];7:1–15. Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.5/au/>
- Newman, I., Newman, D. & Newman, C. (2011). **Writing Research Articles Using Mixed Methods: Methodological Considerations to Help You Get Published**. *Handb Sch Writ Publ*.191–208.
- Nieva, N.F. & Sorra, J. (2003). **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations**. *Qual Saf Health Care* ;12 (Suppl II):ii17–ii23
- Nogueira, J. & Rodrigues, M. (2015). **Effective Communication in Teamwork in Health: a challenge for patient safety**. *Cogitare Enferm* 20(3):630-634
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2003). **Humanização da assistência e formação do profissional de saúde**. *Psychiatry on line, Brazil*, n. 8.
- Norman, A. (2012). **Qualidade em saúde**. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2179-7994. 7. 67-68. 10.5712/rbmfc7(23)655.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). **Meio Caminho Andado, Relatório de Primavera 2018**. Lisboa.
- OCDE. (2015). **OCDE review of health care quality: Portugal 2015: Raising Standards**. OCDE Publishing. Paris
- Oche, M. & Adamu, H. (2013). **Determinants of Patient Waiting Time in the General Outpatient Department of a Tertiary Health Institution in North Western Nigeria**. *Annals of Medical and Health Sciences Research* | Oct-Dec 2013 | Vol 3 | Issue 4 |

- Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (2008). **Complex Continuing Care Co-payment 2008** Toronto, ON: Ministry of Health and Long-Term Care; 2008.  
Disponível em:  
<http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/chronic/chronic.html>.
- Organização Mundial da Saúde (WHO) - **Estrutura conceptual da classificação internacional da segurança do doente.**
- Palacios-Derflingher, L., O'Beirne, M., Sterling, P., Zwicker, K., Harding, B., & Casebeer, A. (2010). **Dimensions of Patient Safety Culture in Family Practice.** *Healthcare Quarterly* 13 (Sp) October: 121-127. doi:10.12927/hcq.2010.21977
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). **The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review.** *BMJ open.* 2014;4(9): e005055.
- Parente, J. (2000). **Varejo no Brasil: gestão e estratégia.** São Paulo: Atlas
- Parker, R. (2000). **Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers.** *Health Promot Int.* 15(4):277-283.
- Patterson, M. (2008). **In situ simulation: Challenges and results.** *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, p.21249938. [Online].  
Disponível em:  
[http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Patterson\\_48.pdf](http://www.dmagovernment.com/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-Patterson_48.pdf)
- Pearson, P., Steven, A., Howe, A., Sheikh, A., Ashcroft, D. & Smith, P. (2010). **Learning about patient safety: organizational context and culture in the education of health care professionals.** *Journal of Health Services Research & Policy.* 2010;15:4–10.
- Pedreira M. (2015). **Tese Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica - Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos.** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pedroto, I. (2006). **Risco clínico e segurança do doente.** *Nascer e Crescer*, XV, (n.o 3, pp. 168-173).

- Peralta, T. (2012). **Segurança do doente – perspetivas dos profissionais de um hospital da região centro** (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
- Pimenta L. C. (2013). **Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria**. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa/Instituto Politécnico de Lisboa; Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- Pina, M. C., Rego, A., Campos, R., Cabral & C. Cardoso (2003), **Manual de Comportamento Organizacional e Gestão**. Lisboa: RH Editora
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). **Qualidade de cuidados de saúde primários**. Revista Portuguesa de Saúde Pública , Volume Temático n.o 2, pp. 43-51.
- Polit, D. & Beck, C. (2006). **Essentials of Nursing Reserarch: Methods, Appraisal, and Utilization** [Internet]. 6th ed. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.; [Consultado a 18 de Fev. 2017]. Disponível em: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nr.13.4.91.s11>
- Pomey, M., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Contandriopoulos, A., Paccioni, A. (2006). **The Impact of the CCHSA Accreditation Process on Canadian Hospitals Through Dynamic Change and the Implementation of Quality Assurance and Safety: The Case of a Toronto Hospital**. GRIS Report; 2006.
- Pomey, M., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. (2010). **Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations**. Implementation Science: IS, 5, 31. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>
- Portugal, MS, DGS, DQS. (2011b). **Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses, resultados do estudo piloto**. Disponível em: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>.
- Portugal, MS, DGS. (2013a). **Norma 008/2013 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-008/2013-de-15.05.2013>.

- Portugal, MS, DGS. (2014b). **Norma n.º 015/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Notifica**. Obtido de <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-015/2014-de-25.09.2014>.
- Portugal. (2015). **Despacho no 1400-A de 2 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020**. Diário da República 10 fev 2015; Parte C: 3882: 2-10.
- Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde (1999). **Criação do Instituto da Qualidade em Saúde**. Diário da República n.º 288/1999, Série I-B de 1999-04-27.
- Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde. (2009). **Criação dos Agrupamentos dos Centro de Saúde**, Portaria nº 272/2009, Diário da República n.º 54/2009, Série I de 18 de março.
- Prieto, R. M., March, C. J., Suess, A., et al. (2008). **Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria (Patient perceptions on healthcare safety)**. Revista Medicina Clínica. 131(3): 33-38.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T. & Haraden, C. (2003). **Improving communication in the ICU using daily goals**. Crit Care;18:71–5.
- Pronovost, P., Weast, B., Holzmueller, C., Rosenstein, B., Kidwell, R., Haller, K., ... Rubin, H. (2003). **Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center**. Quality & Safety in Health Care, 12(6), 405–410. <http://doi.org/10.1136/qhc.12.6.405>
- Racoveanu, N.T. & Johansen, K.S. (1995). **Tecnología para el mejoramiento contínuo dela calidad dela atención sanitaria**. Foro Mundial Salud (16, pp 158-65).
- Ramos S. & Trindade L., (2013). **Incidentes de segurança do doente. Porquê Relatar?** Tecno hospital60 NOV /DEZ 2013.
- Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2012). **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Revista CEFAC, 14(1), 164-170. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>

- Ramos, V. & Barbosa, P. (2014). **Plano nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de intervenção cuidados primários**. Direção Geral de Saúde, Lisboa
- Reason, J. (1990a). "**The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems**". *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. **327** (1241: pp. 475–484). doi:10.1098/rstb.1990.0090.
- Reason, J. (1990b). **Human Error**. New York: Cambridge University Press;
- Reason, J. (2000). **Human error: models and management**. *BMJ*. (Vol. 320, pp. 768–70).
- Reason, J. T., Carthey, J., Leval, M. R. (2001). **Diagnosing “Vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management**. *Quality in Health Care*; 10(Suppl II), pp. ii21-ii25.
- Reeves, S. (2009) **An overview of continuing interprofessional education**. *J Contin Educ Health Prof.* (29(3), pp. 142–146).
- Reis, C.T. (2014). **Cultura de Segurança**. In Sousa, Paulo; Mendes, Walter (Org). **Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz. P.75-99.
- Revans, R. W. (1982). **The origins & growth of action learning** (Bromley, Chartwell Bratt).
- Ribeiro, N.P. (2015). **Limites do Dever de Segredo Médico e a Permissão para a Violação desse Segredo**. *Dissertação de Mestrado, Universidade Católica – Faculdade de Direito*.
- Rodríguez-Suárez, J., Lamy, P., Fajardo-Dolci, G., Santacruz-Varela, J., & Hernandez-Torres, F. (2012). **Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAI**S. *Revista CONAMED*, 17(2), pp. 52-58.
- Rosário, E. (2009). **Comunicação e cuidados de saúde, comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos**. Universidade Aberta, Lisboa
- Rose, L. (2011). **Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?** *Nursing in Critical Care*, 16: 5-10. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00398.

- Rowe R. (2004). *Trust in Health Care—A Review of the Literature*. University of Bristol: MRC HSRC.
- Rowlands, S. & Callen, J. (2013). **A qualitative analysis of communication between members of a hospital- based multidisciplinary lung cancer team**. *Eur J Cancer Care*.; 22(1):20-31.
- Sainfort, F, Kuntz, k., Gregory, S., Butler, M., Brent, T., Kulasingam, S. & Kane, R. (2013). **Adding Decision models to Systematic Reviews: Informing a Framework for Deciding When and How to Do So**. *Elsevier Value in Health Care*, Vol 16, pp133-139-
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). **Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios**. *Rev Port Saúde Pública*. (Vol. Temat 10, pp.47-57)
- Sarac, C., Flin, R., Mearns, K. & Jackson, J. (2011). **Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample**. *BMJ Qual Saf*. (Vol. 20, pp. 842-848).
- Sargeant J. (2009). **Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education**. *J Contin Educ Health Prof*. (29(3), pp. 178– 184).
- Sari, A. B-A., Sheldon, T. A., Cracknell, A. & Turnbull, A. (2006). **Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review**. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7584), 79. <http://doi.org/10.1136/bmj.39031.507153.AE>
- Saturno, P. J. (2008). **Implementation Strategies of Internal Programs. Quality improvement cycle**. *Handbook of the Master in Quality Management in*
- Saturno, P., Gama, Z., Sousa, S. & Oliveira, A., (2009), **Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, Ministerio de Sanidad y Política Social**, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, ISSN:351-09-037-0, [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_a\\_mbito\\_hospitalario.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf)

- Schein, E. (2004). **Organizational Culture and Leadership** , The Jossey-Bass Business & Management Series, [http://books.google.pt/books?id=xhmezdokfnYC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=xhmezdokfnYC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false) – acedido em 13/11/2015.
- Schein, M. (1991). **Planned reoperations and open management in critical intra-abdominal infections: Prospective experience in 52 cases.** *World J. Surg* 15: 537. <https://doi.org/10.1007/BF01675658>
- Schillinger, D. (2001); **Improving the quality of chronic disease management for populations with low functional health literacy: a call to action.** *Disease Manage, (Vol. 4, pp. 103–108.)*
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. & Helmreich, R. L. (2000, March 18) **Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys** *BMJ (Vol. 320)*
- Silva, A., Terra, F., Dázio, E., Sanches, R. & Resck, M. (2016). **Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar.** *Cogitare Enferm.* 2016 v. 21 n. esp: 01-08
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). **Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement.** *BMJ: British Medical Journal, 303(6814), 1385–1387.*
- Singer, S. & Vogus, T., (2013). **Reducing Hospital Errors: Interventions that Build Safety Culture** *Annu. Rev. Public Health* 2013. 34:373–96
- Singer, S.J., Gaba, D.M., Geppert, J.J., Sinaiko, A.D., Howard, S.K. & Park, K.C. (2003). **"The Culture of Safety: Results of an Organization-Wide Survey in 15 California Hospitals."** *Quality and Safety in Health Care (Vol. 12(2): pp. 112–18.)*
- Singh, H. & Sittig, D.F. (2015). **Advancing the science of measurement of diagnostic errors in healthcare: the Safer Dx framework** *BMJ Qual Saf;24:103-110.*
- Singh, H., Graber, M. L., & Hofer, T. P. (2016). **Measures to Improve Diagnostic Safety in Clinical Practice.** *Journal of Patient Safety, 10.1097/PTS.0000000000000338.* Advance online publication. <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000338>



- Singh, H., Meyer, A. N. D., & Thomas, E. J. (2014). **The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations.** *BMJ Quality & Safety*, 23(9), 727–731. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627>
- Singla, A. K., Kitch, B. T., Weissman, J.S. & Campbell, E. G. (2006) **Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools.** *Journal of Patient Safety: September 2006 - Volume 2 - Issue 3 - p 105-115*
- Slater, B. L., Lawton, R., Armitage, G., Bibby, J. & Wright, J. (2012). **Training and action for patient safety: embedding interprofessional education for patient safety within an improvement methodology.** *J Contin Educ Health Prof.* (32(2), pp. 80–89).
- Slavec, A. & Drnovsek, M. (2012). **A Perspective on Scale Development in Entrepreneurship Research.** *Econ Bus Rev [Internet]. [Consultado a 28 de Feb. 2017];14(1):39–62.* Disponivel em: <https://search.proquest.com/openview/5a048f15a42bb8d0245ef0460e3aaa01/1?pqorigsite=gscholar&cbl=44642>
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D. & Smith, S. A. (2012). **Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2012 User Comparative Database Report.** Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C. AHRQ Publication No. 12–0017. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Disponivel em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospsurv121.pdf>.
- Sorra, J., Khanna, K. M.A., Dyer, N., Mardon, R. & Famolaro, T. (2012). **Exploring Relationships Between Patient Safety Culture and Patients' Assessments of Hospital Care.** *Journal of Patient Safety: Volume 8 – Issue 3 p.131-139.*
- Sorra, J.S. & Nieva, V.F. (2003). **Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations.** *Qual Saf Health Care; 12(Suppl II) pp. ii17-ii23.*

- Sorra, J.S. & Nieva, V.F. (2004). **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Available at: [www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf).
- Sousa, A. (2013). **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro**. Tese de mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra: 102 pp.
- Sousa, P. (2010). **Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados** em Silva, Carlos, Saraiva, Margarida e Teixeira, António (Eds.), *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar - Qualidade e Saúde: perspectivas e práticas*. TMQ Qualidade, Temático 1, Edições Sílabo, Lisboa.
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011) **Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade**. Lisboa: Ed. Escola Nacional de Saúde Pública; (pp. 13-36).
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Nunes, C. & Leite, E. (2014) **Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospital: a contribution to improving quality and patient safety**. *BMC Health Services Research* 14:311.
- Stein, T., Frankel, R.M. & Krupat, E. (2005). **Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: a longitudinal case study**. *Patient Educ Couns.* (Vol. 58, pp. 4-12.)
- Stewart, D.E., Wong, F., Cheung, M., Dancey, J., Meana, M., Cameron, J., ... Rosen, B. (2000) **Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer**. *Gynecology Oncology*, (Vol. 77: pp. 357– 361).
- Streiner, D. & Norman, G. (2015). **Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use**. 5th ed. Oxford University Press/Oxford University Press . USA: 231 p.
- Tanaka, O. & Tamaki, I., (2012). **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro

- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2000). **Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(7), 113-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000200009>
- The Council of the European Union. (2009). **Council recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01)**, *Official Journal of the European Union*
- Thompson, M. J., Reilly, J. D. & Valdez, R. S., (2016). **Work system barriers to patient, provider, and caregiver use of personal health records: A systematic review**, *Applied Ergonomics*, (Vol. 54, pp. 218-242)
- Tigulini, R. & Melo, M. R. (2002). **A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico**. *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. São Paulo, Brasil
- Torres, G. (1993). *Florence Nightingale* In: George J, organizadores. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p. 38-48.
- Tregunno, D., Ginsburg, L., Clarke, B. & Peter, N., (2013). **Integrating patient safety into health professionals' curricula: a qualitative study of medical, nursing and pharmacy faculty perspectives**. *BMJ Qual Saf Published Online*.
- Tripp, G., Tan, S. & Milne, J. (1995). **Risk perception and anxiety**. *New Zealand Journal of Psychology*, (Vol. 24, pp. 37-43).
- Urdan, A. T. (2001). **A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente**. *Revista de Administração de Empresas* (Vol. 41, no. 4, pp. 44-55).
- Van Hoof, T. J. & Meehan, T. P. (2011), **Integrating essential components of quality improvement into a new paradigm for continuing education**. *J. Contin. Educ. Health Prof.*, 31: 207-214. doi:[10.1002/chp.20130](https://doi.org/10.1002/chp.20130)
- Venance, S., LaDonna K. & Watling C. (2014). **Exploring frontline faculty perspectives after a curriculum change**. *Medical Education* Volume 48, Issue 10 Pages: 939-1029 October 2014
- Vincent, C. (2009). **Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul: Yendis;

- Vincent, C. (March 2000). Presentation at BMJ conference '**Reducing Error in Medicine**'; London.
- Vuori, H. A. (1993) **Qualidade da saúde**. *Cad Ciênciã Tecn: Saúde em Debate* 1993 fev; 3: 17-25
- Wachter, J. & Yogo, M., (2010). **Why Do Household Portfolio Shares Rise in Wealth?**, *The Review of Financial Studies*, Volume 23, Issue 11, 1 November 2010, Pages 3929–3965, <https://doi.org/10.1093/rfs/hhq092>
- Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Wachter, R. (2012), **Understanding Patient Safety**, 2o Ed, Mc Graw Hill. ISBN 978-0- 07-176578-7
- Wachter, R. (2010). **Patient Safety in the ambulatory setting, Understanding Patient Safety**. Mac Graw-Hill Companies Publishers. Chapter 12.
- Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J. & Hignett, S. (2010). **Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK**. *Qual Saf Health Care* (Vol. 19:e2)
- Weingart, S.N., Toth, M., Eneman, J. Aronson, M., Sands, D., Ship, A., Davis, R. & Phillips, R. (2004). **Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events**. *International Journal for Quality in Health Care*, (Vol. 16, pp. 449–507).
- Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. (2014). **Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare**. *Postgraduate Medical Journal* 2014;90:149-154.
- WHO - World Health Organization (2006). **Quality of care: a process for making strategic choices in health system**. World Health Organization, Geneva.
- Williams, M.V., Davis, T., Parker, R.M. & Weiss, B.D. (2002). **The role of health literacy in patient-physician communication**. *Family Medicine*, (Vol. 34, pp.383–389)

- Wolosin, R., Vercler, L. & Matthews, J. (2005). **How Safe do Patients Feel? Patient Safety & Quality HealthCare**. Lionheart Publishing, Inc. Disponível em: <https://www.psqh.com/novdec05/how-safe.html>
- Wong, B. M., Etchells, E. E., Kuper, A., Levinson, W. & Shojania, K. G. (2010). **Teaching quality improvement and patient safety to trainees: A systematic review**. *Acad Med*. 2010;85(9):1425-39.
- World Health Organisation (2011). **Patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/index.html>
- World Health Organization. (2007). **Global patient safety research priorities. Establishing a set of global research priorities with the support of an international expert working group**. Disponível em: [http://who.int/patientsafety/research/activities/topic\\_priority\\_setting\\_definitions.pdf](http://who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf).
- World Health Organization (WHO). (2009). **More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS)**; technical report. Geneva: World Health Organization;
- Xuanyue, M., Yanli, N., Hao, C., Pengli, J. & Mingming, Z. (2013) **Literature review regarding patient safety culture**. *J Evid Based Med*.6(1):43–49.
- Yong, G. A. & Pearce, S (2013). **A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis**. *Tutor Quant Methods Psychol*. [Consultado a 23 de Mar. 2017];9(2):79–94. Disponível em: <http://www.tqmp.org/RegularArticles/vol09-2/p079/p079.pdf>
- Yoshikawa, J., Sousa, B., Peterlini, M., Kusahara, D., Pedreira, M., & Avelar, A. (2013). **Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente**. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 21-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100005>









## Capítulo IX– Anexos

### Anexo A. Autorização da ARS Algarve para a realização do estudo nas unidades de saúde suas constituintes



Exma. Senhora  
Dra. Anabela de Magalhães Ribeiro  
anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com

V/ Referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
CES

ASSUNTO: Estudo de investigação “Enfoque multidimensional de la seguridad del paciente en las instituciones de salud del sector público en la region del Algarve - Portugal ”

Serve o presente para informar V. Excelência, que após análise por parte da Comissão de Ética da ARS Algarve, IP, do pedido em epígrafe, a CES delibera:

*“Autorizar a realização do presente estudo, do ponto de vista ético e no âmbito de competências da ARS Algarve, IP”*


Com os melhores cumprimentos,

Dr. João Moura Reis  
Presidente do Conselho Diretivo  
da ARS Algarve, I.P.

**Anexo B. Autorização para a realização do estudo por parte da comissão de ética para a saúde do CHA.**

*Nada a opor.*  
*As Com. Et. Directa para autorizar*

Direcção de Enfermagem  
2.º OUT. 2015  
12/10/2015

 **CHA Algarve**  
centro hospitalar  
Faro • Portimão • Lagos

Dr.ª Gabriela Valadas  
Direcção Clínica  
Centro Hospitalar do Algarve, EPE

**Exma. Senhora  
Directora Clínica  
Dra. Gabriela Valadas**

COMISSÃO DE ÉTICA  
PARA A SAÚDE


Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
			12/10/2015

**ASSUNTO: “Gestion de Calidad Asistencial, Gestion Clinica Y de Recursos de Enfermaria”.**

Reunida esta C.E.S, considera que em relação ao estudo acima referido, que o mesmo tem interesse clínico e científico.

Estão também preservados os direitos dos doentes, não havendo assim questões éticas a colocar.

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr. Arlindo A. M. de Sousa)

Direcção Clínica  
Entrada n.º 2962/2015

Rua Leão Penedo – 8000-386 Faro – Tel: 289 891147 (Ext. 11537) – Fax: 289 891148  
www.hdfaro.min-saude.pt - E-mail: tcarmo@chalgurve.min-saude.pt

*Autarquia*  
 Vieira dos Santos  
 Enfermeiro Diretor  
 Hospital do Algarve, EPE

Exma. Senhora  
 Diretora Clínica  
 Centro Hospitalar do Algarve  
 Dra. Gabriela Valadas

*A Comissão de Ética para análise e parecer.*

*Nota de 2-10-15*

Dra. Gabriela Valadas  
 Diretora Clínica  
 Centro Hospitalar do Algarve, EPE

Sou doutoranda em CIENCIAS DE LA SAUDE, na investigação em, "GESTIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL, GESTIÓN CLÍNICA Y DE RECURSOS EN ENFERMERIA" na Universidade de Múrcia orientada pelo Prof. Doutor Carlos Silva da Universidade de Évora e pela Prof. Doutora Maria José Montesinos Universidade de Múrcia. O meu Projeto de investigação tem o tema "ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA SEGURIDADE DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO EN LA REGION DEL ALGARVE- PORTUGAL". Pretendo dirigir o trabalho de campo a profissionais do Centro Hospitalar do Algarve. Serão aplicados questionários de diagnóstico e outros inquéritos ou grelhas de recolha de dados para a caracterização dos fatores críticos de sucesso, o mapeamento das estratégias coletivas e dos recursos organizacionais que são e ou poderão ser desencadeados pelos grupos profissionais e os serviços de saúde hospitalar para a garantia da segurança do doente, num horizonte de curto prazo.

Venho desta forma solicitar os seus melhores ofícios para que possa cumprir com esse objetivo, solicitando a V. Exa que autorize a colheita de dados necessários no processo de pesquisa.

As questões de natureza ética, designadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados será respeitada.

Aproveito para informar, que caso V. Exa autorize o referido estudo, o mesmo não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à Instituição nem perturbará o normal funcionamento dos serviços, comprometendo-me a fornecer uma cópia do estudo e/ou a fazer uma sessão para apresentação dos resultados.

Pede deferimento,

Portimão, 14 de Setembro de 2015



*PH* N.º 1378 / 15 / 09 / 2015

*Anabela de Magalhães Ribeiro*

(Doutoranda Anabela de Magalhães Ribeiro.- Contato: anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com)

Anexos: Cópia do Projeto de Investigação

Declaração da aceitação do Projeto de Investigação

### Anexo C. Autorização da Direção Clínica do CHA para a realização do estudo

Exma. Senhora  
Diretora Clínica  
Centro Hospitalar do Algarve  
Dra. Gabriela Valadas

Autorizada  
8/2/16  
Dra. Gabriela Valadas  
Diretora Clínica  
Centro Hospitalar do Algarve, EPE


Sou doutoranda em CIENCIAS DE LA SAUDE, na linha de investigação em, "GESTIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL, GESTIÓN CLINICA Y DE RECURSOS EN ENFERMERIA" na Universidade de Múrcia orientada pelo Prof. Doutor Carlos Silva da Universidade de Évora e pela Prof. Doutora Maria José Montesinos Universidade de Múrcia. O meu Projeto de investigação tem o tema "ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA SEGURIDADE DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO EN LA REGION DEL ALGARVE- PORTUGAL" cuja realização já foi autorizada pelo Centro Hospitalar do Algarve (anexo).

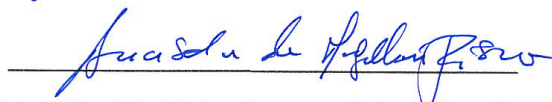
Venho desta forma solicitar, a V. Exa, que autorize a disponibilização de dados referentes ao número de funcionários existentes no Centro Hospitalar do Algarve distribuídos por áreas profissionais, necessário para o desenvolvimento do projeto.

Grata pela atenção dispensada,

Pede deferimento,


Portimão, 3 de fevereiro de 2016

  
P.H.N. 2957.05.02.2016



(Doutoranda Anabela de Magalhães Ribeiro.- Contato: anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com)

Anexo: Autorização de realização Projeto de Investigação no Centro Hospitalar do Algarve


 20. OUT. 2015  
 12/10/2015  
 centro hospitalar  
**CHAlgarve**  
 Faro • Portimão • Lagos

*Nada a opir.*  
*À Com. de Direcção para autimizar*  
 Dr. Gabriela Valadas  
 Centro Hospitalar do Algarve, EPE

**Exma. Senhora**  
**Directora Clínica**  
**Dra. Gabriela Valadas**

COMISSÃO DE ÉTICA  
 PARA A SAÚDE


Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
			12/10/2015

**ASSUNTO: "Gestion de Calidad Asistencial, Gestion Clinica Y de Recursos de Enfermaria".**

Reunida esta C.E.S, considera que em relação ao estudo acima referido, que o mesmo tem interesse clínico e científico.

Estão também preservados os direitos dos doentes, não havendo assim questões éticas a colocar.

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



(Dr. Arlindo A. M. de Sousa)

Direcção Clínica  
 Entrada n.º 2962/2015

*Autarquia*  
Vieira dos Santos  
Governador Diretor  
Hospitalar do Algarve, EPE  
Exma. Senhora  
Diretora Clínica  
Centro Hospitalar do Algarve  
Dra. Gabriela Valadas

*A Comissão de Ética para  
analisar e parecer.*

*Nota de 2-10-15*

*11/10/15*

Sou doutoranda em CIENCIAS DE LA SAUDE em investigação em, "GESTIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL, GESTIÓN CLÍNICA Y DE RECURSOS EN ENFERMERIA" na Universidade de Múrcia orientada pelo Prof. Doutor Carlos Silva da Universidade de Évora e pela Prof. Doutora Maria José Montesinos Universidade de Múrcia. O meu Projeto de investigação tem o tema "ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA SEGURIDADE DEL PACIENTE EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO EN LA REGION DEL ALGARVE- PORTUGAL". Pretendo dirigir o trabalho de campo a profissionais do Centro Hospitalar do Algarve. Serão aplicados questionários de diagnóstico e outros inquéritos ou grelhas de recolha de dados para a caracterização dos fatores críticos de sucesso, o mapeamento das estratégias coletivas e dos recursos organizacionais que são e ou poderão ser desencadeados pelos grupos profissionais e os serviços de saúde hospitalar para a garantia da segurança do doente, num horizonte de curto prazo.

Venho desta forma solicitar os seus melhores officios para que possa cumprir com esse objetivo, solicitando a V. Exa que autorize a colheita de dados necessários no processo de pesquisa.

As questões de natureza ética, designadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados será respeitada.

Aproveito para informar, que caso V. Exa autorize o referido estudo, o mesmo não implicará qualquer tipo de encargos financeiros à Instituição nem perturbará o normal funcionamento dos serviços, comprometendo-me a fornecer uma cópia do estudo e/ou a fazer uma sessão para apresentação dos resultados.

Pede deferimento,

Portimão, 14 de Setembro de 2015



*PTM N.º 13713 / 15109 / 2015*

*Anabela de Magalhães Ribeiro*

(Doutoranda Anabela de Magalhães Ribeiro.- Contato: anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com)

Anexos: Cópia do Projeto de Investigação

Declaração da aceitação do Projeto de Investigação



## Anexo D. Pedido de Autorização para Apresentação da Tese de Doutoramento noutro Idioma



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

### SOLICITUD PREVIA A LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL EN OTRO IDIOMA

#### DATOS PERSONALES:

Apellidos		Nombre	
Magalhães Ribeiro		Anabela	
NIF	Pasaporte o NIE	Domicilio para notificación (calle, número y piso)	
202076130	097751740ZY4	Encosta do Arade, L28, Parchal	
Código Postal	Localidad	Provincia	País
8400-669	Parchal		Portugal
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
	962093620	anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com	

#### SOLICITA:

Que le sea autorizada la redacción de la tesis doctoral titulada: "Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do sector público na região do Algarve Portugal", en una lengua distinta al castellano y al inglés. El idioma de redacción será el portugués.

El motivo de mi solicitud esta relacionada con el hecho de que la tesis estuda a seguridad del paciente en la Region del Algarve Portugal e tiene una acentuada componente legal e normativa, por lo que es importante utilizar su lengua de origen garantizando asi que es preservado su significado original y una comprensión adecuada de la tesis.

Al mismo tiempo, los instrumentos para la evaluación de la cultura de seguridad de los profesionales y pacientes utilizado en la tesis se desarrolló en la realidad portuguesa, por lo que su traducción podría condicionar y poner en peligro su validez.

Por las razones explicadas me gustaria escribir y defender mi tesis en portugués, enmarcado en el Programa de Doctorado en Ciências de la Salud, lengua habitual para la comunicación científica en el campo de conocimiento de que trata la tesis.

Parchal, 28 de julho de 2017  
(firma del solicitante)

COMISIÓN GENERAL DE DOCTORADO.  
UNIVERSIDAD DE MURCIA.

Anexo E. Autorização para Apresentação da Tese de Doutoramento noutro Idioma



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

La Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, reunida el 31 de julio de 2017, en relación con la solicitud previa a la presentación de Tesis Doctoral en otro idioma distinto al castellano y al inglés, presentada por D<sup>a</sup>. Anabela Magalhaes Ribeiro, alumna del Programa de Doctorado arriba mencionado

**INFORMA FAVORABLEMENTE**

a que dicha doctoranda redacte y defienda su Tesis titulada “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do sector público da Região do Algarve - Portugal” en idioma PORTUGUÉS, en tanto que dicha Tesis tiene un acentuado componente legal y normativo, por lo que es importante utilizar la lengua de origen, garantizando así su significado original y una comprensión adecuada de la Tesis. Asimismo, los instrumentos para la evaluación de la cultura de seguridad de los profesionales y pacientes utilizado en la Tesis se desarrolló en la realidad portuguesa, por lo que su traducción podría condicionar y poner en peligro su validez.

El Palmar, 31 de julio de 2017

Firmado con certificado electrónico reconocido.  
La información sobre el firmante, la fecha de firma y el código de verificación del documento se encuentra disponible en los márgenes izquierdo e inferior

L. Fernando Carballo Álvarez  
Presidente de la Comisión Académica

Firmado por L. FERNANDO CARBALLO ALVAREZ. Fecha: 31/07/2017 08:36:16. Datos del certificado: CN=L. Fernando Carballo Alvarez, OU=Universidad de Murcia, C=ES



Doctorado en Ciencias de la Salud

Pabellón Docente H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Campus de Ciencias de la Salud.  
30.120 El Palmar – Murcia - Telf. 968 888142 – Fax 968 888115



Código seguro de verificación: RUxPMqJv-It+4NkKE-88qultNc-2dhfBRvd

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2016, de 30 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.us.es/validador/>



## Anexo F. Questionário Aplicado aos Pacientes

## Estudo “Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do sector público na região do Algarve – Portugal”

## Questionário ao Paciente

n.º: | | |

Este questionário, elaborado no âmbito dum projeto de doutoramento da Universidade de Múrcia, é destinado aos pacientes e ou utentes das unidades de saúde da Região Algarve e tem como objectivo contribuir para a compreensão da segurança do paciente nas unidades de saúde.

As suas respostas são fundamentais e determinantes para a realização e qualidade desta investigação, pelo que, solicitamos a vossa empenhada colaboração.

Neste Questionário, não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas que elas reflectam a realidade da sua experiência no contacto com a prestação de cuidados da unidade de saúde. Responda reflectidamente de forma sincera e objectiva.

Em caso de dúvida, deve contactar o responsável pela investigação, através do seguinte endereço electrónico: [anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com](mailto:anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com)

O Questionário é anónimo e confidencial!

Agradeço a sua colaboração!

Anabela Ribeiro

doutoranda da Universidade de Múrcia, Espanha

Parte A<sup>1</sup>

P1. Com as seguintes perguntas pretende-se conhecer qual a sua percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde. Para fazer isso deve marcar com “X” um número de 1 a 10, onde 1 significa que ‘discordo’ e 10 ‘totalmente de acordo’ com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:

Gestão e organização da unidade de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P1.1.- Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.2.- Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.3.- Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.4.- Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.5.- Pacientes e profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.6.- Confiar nas competências profissionais dos prestadores (médicos, enfermeiros, técnicos superiores de saúde, Assistentes Operacionais).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.7.- Acha que durante a sua estada na unidade de saúde lhe foram prestados os cuidados de saúde de forma segura.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.8.- Considera seguras as instalações da unidade de saúde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.9.- Em relação a possíveis erros devidos à prestação de cuidados, sente-se seguro quando recorre a esta Unidade de Saúde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

<sup>1</sup> Adaptação parcial do Questionário sobre la percepción de la seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario (2010), entre outros

**P2. Com as seguintes perguntas pretende-se saber, mais algumas questões sobre a sua experiência durante a sua estada na unidade de saúde. Para fazer isso deve marcar com "X" um número de 1 a 10, onde 1 significa que 'discordo' e 10 'totalmente de acordo' com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:**

Experiência durante a estada na unidade de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P2.1.- Recebeu informação suficiente sobre a sua situação clínica.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.2.- Recebeu informação suficiente sobre o seu tratamento.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.3.- Conseguiu colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.4.- Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.5.- Os profissionais responderam de forma clara e compreensível às suas perguntas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.6.- A informação que recebeu sobre sua situação clínica coincidiu, independentemente do profissional de saúde que respondesse.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.7.- Foi solicitada a sua opinião sobre os cuidados e tratamentos que recebeu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.8.- Foi atendido sem atrasos enquanto esteve na unidade de saúde (por exemplo o profissionais acudiam rápido às suas chamadas).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.9.- Foi pedido o seu consentimento antes de um tratamento e ou cirurgia (no caso hospitalar).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.10.- Os profissionais de saúde respeitaram a sua confidencialidade (por exemplo sempre que falaram consigo ou com a sua família foi em privado sem a presença de outras pessoas ou doentes).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.11.- Foi visitado e ou atendido por mais que um médico.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

**P3. Você acha que sofreu algum incidente (erro clínico) durante a sua estada na Unidade de Saúde? (Marque com um "X" na caixa que mais se adequa):**

Não.....

Sim .....

Nota:

- Se você tiver marcado "sim" na questão anterior (P3), e se o incidente tiver ocorrido aquando duma hospitalização, responda aos itens das perguntas P4 e seguintes;
- Se o incidente tiver tido lugar num centro de saúde, responda aos itens da pergunta P5 e seguintes. Se você tiver marcado "não", por favor, vá para a pergunta P6.

- P4. Com as seguintes perguntas pretende-se saber se durante a sua hospitalização sofreu alguma destas ocorrências indicadas mais abaixo. Para isso tem de marcar um "X" na coluna que mais se adequa:

Ocorrências durante a sua hospitalização	Não	Sim
P4.1.- Teve alguma Infecção enquanto estava hospitalizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.2.- Teve uma reação alérgica devida a medicamentos, alimentos, material clínico, transfusão de sangue durante o seu internamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.3.- Foi reoperado de forma imprevista após a sua cirurgia inicial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.4.- Caiu, fez uma fratura ou fez alguma ferida durante a sua hospitalização.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.5.- Os médicos enganaram-se no seu diagnóstico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.6.- Foi trocada a sua identidade com outro doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- P5. Com as seguintes perguntas pretende-se saber qual foi a sua experiência em relação ao incidente (erro clínico) que sofreu. Para fazer isso deve marcar com "X" um número de 1 a 10, onde 1 significa que 'discordo' e 10 'totalmente de acordo' com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:

Experiência em relação ao erro clínico	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P5.1.- O erro clínico foi resolvido de forma satisfatória.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P5.2.- O erro clínico foi resolvido com rapidez.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P5.3.- A informação transmitida pelos profissionais sobre o erro clínico que sofreu foi clara e suficiente.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P5.4.- Pode participar na tomada de decisões em relação do erro clínico que sofreu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P5.5.- Os profissionais de saúde pediram desculpa pelo erro cometido.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P5.6.- Foi informado de que seriam tomadas medidas para que não voltassem a acontecer esse tipo de erros novamente.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

- P6. Por favor, responda a pergunta, assinalando a resposta que melhor define a sensação de segurança que reteve dos cuidados de saúde prestados por parte dos profissionais durante o tempo em que esteve na unidade de saúde:

P6.1.- Muito Insegura.	<input type="radio"/>
P6.2.- Bastante Insegura.	<input type="radio"/>
P6.3.- Ligeiramente Insegura.	<input type="radio"/>
P6.4.- Nem Segura/ Nem Insegura.	<input type="radio"/>
P6.5.- Ligeiramente Segura.	<input type="radio"/>
P6.6.- Bastante Segura.	<input type="radio"/>
P6.7.- Muito Segura.	<input type="radio"/>



## Questionário – Parte B

### Caracterização do paciente/utente

**PB1. Sexo:**

Feminino  
Masculino

- 

**PB2. Idade:**

□□□ anos

**PB3. Estado Civil**

Solteiro(a)  
Casado(a) ou União de facto  
Divorciado(a) ou Separado(a)  
Viúvo(a)

- 

**PB4. Área geográfica da Residência**

Território nacional  
No estrangeiro

- 

**PB4.1. Se reside em Portugal,  
Código Postal da Residência:**

□□□□ - □□□□

**PB5. Grau de ensino:**

Sem escolaridade  
1º Ciclo (4ª Classe)  
2º Ciclo (6ª Classe)  
3º Ciclo (9º ano de Escolaridade)  
Ensino secundário complementar  
Curso Técnico-Profissional  
Bacharelato ou Curso Médio  
Licenciatura  
Pós-graduação, Mestrado ou Doutoramento

- 

**PB6. Situação Profissional:**

Desempregado (a)  
Reformado (a)  
Estudante  
Trabalhador (a) por conta de outrem  
Trabalhador (a) por conta própria  
Outra situação

- 

*Obrigado pela Sua Participação*

## Anexo G. Questionário Aplicado aos Profissionais

## Estudo "Abordagem multidimensional da segurança do doente nas instituições de saúde do sector público na região do Algarve – Portugal"

## Questionário aos Profissionais

nº.: | | | |

Este questionário, elaborado no âmbito dum projeto de doutoramento da Universidade de Múrcia, é destinado aos profissionais ou colaboradores das unidades de saúde da Região Algarve e tem como objetivo contribuir para a compreensão da segurança do doente nas unidades de saúde.

As suas respostas são fundamentais e determinantes para a realização e qualidade desta investigação, pelo que, solicitamos a vossa empenhada colaboração.

Neste questionário, não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas que elas reflitam a realidade da sua experiência no contacto com a prestação de cuidados da unidade de saúde. Responda refletidamente de forma sincera e objetiva.

Em caso de dúvida, deve contactar o responsável pela investigação, através do seguinte endereço eletrónico: [anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com](mailto:anabelamagalhaesribeiro@hotmail.com)

O Questionário é anónimo e confidencial!

Agradeço a sua colaboração!  
Anabela Ribeiro  
doutoranda da Universidade de Múrcia, Espanha

Parte A<sup>1</sup>

P1. Com as seguintes perguntas pretende-se conhecer qual a sua percepção em relação à gestão e organização da Unidade de Saúde. Para fazer isso deve marcar com "X" um número de 1 a 10, onde 1 significa que 'discordo' e 10 'totalmente de acordo' com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:

Gestão e organização da unidade de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P1.1.- Existem recursos humanos em número suficiente para dar resposta às necessidades	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.2.- Os profissionais trabalham mais horas por semana (35 a 40h) na prestação de cuidados.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.3.- Não há colaboração na prestação de cuidados entre os vários profissionais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.4.- Há falta de coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.5.- Os profissionais de saúde apresentam diferentes comportamentos culturais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.6.- Os vários profissionais de saúde apresentam diferentes linguagens sobre as questões de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.7.- Os profissionais preocupam-se com as questões da segurança do doente	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.8.- Os profissionais conhecem as normas de procedimentos institucionais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P1.9.- Os profissionais conhecem o sistema de notificação de eventos adversos da instituição	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

<sup>1</sup> Adaptação parcial do Questionário sobre la percepción de la seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario (2010), entre outros



**P2. Com as seguintes perguntas pretende-se saber, mais sobre a sua experiência na prestação dos cuidados de saúde. Para fazer isso deve marcar com "X" um número de 1 a 10, onde 1 significa que 'discordo' e 10 'totalmente de acordo' com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:**

Experiência na prestação de cuidados de saúde na unidade de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P2.1.- Recebeu informação suficiente sobre as normas de procedimentos existentes na unidade de saúde	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.2.- Recebeu informação/formação suficiente sobre as tarefas que realiza	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.3.- Na necessidade, consegue colocar/esclarecer todas as suas dúvidas com os seus pares	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.4.- Foi suficientemente informado sobre a quem se devia dirigir em caso de dúvidas.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.5.- Os seus pares respondem de forma clara e compreensível às suas perguntas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.6.- Foi solicitada a sua opinião sobre a gestão/organização da prestação de cuidados	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.7.- Teve formação sobre a gestão do risco	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.8.- Em relação a possíveis erros/eventos associados à prestação de cuidados, sente-se seguro quando faz a notificação	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.9.- Existe uma cultura de penalização dos profissionais em relação ao erro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.10.- Respeitam a confidencialidade aquando da notificação de eventos adversos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.11.- A unidade saúde divulga informação sobre os eventos adversos notificados	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
P2.12.- A unidade saúde estabelece medidas corretivas relativamente aos eventos adversos notificados	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

**P3. Já notificou algum evento adverso na sequência da prestação de cuidados? (Marque com um "X" na caixa que mais se adequa):**

Não.....

Sim .....

Nota:

- a) Se tiver assinalado "sim" na questão anterior (P3), responda aos itens das perguntas P4 e seguintes;  
b) Se tiver assinalado "não", por favor, vá para a pergunta P6.

**P4. Com as seguintes perguntas pretende-se saber quais os eventos adversos que já notificou. Para isso tem de marcar um "X" na coluna que mais se adequa:**

Evento adverso	Não	Sim
P4.1.- Falta de identificação do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.2.- Existência de barreiras linguísticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.3.- Erro na avaliação da situação clínica do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.4.- Erro na administração de medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.5.- Complicação pós cirúrgica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.6.- Infecção associada a cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.7.- Queda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.8.- Desaparecimento de documentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P4.9.- Consentimento informado não preenchido/assinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**P5. Com as seguintes perguntas pretende-se saber qual foi a sua experiência em relação ao evento adverso que notificou. Para fazer isso deve marcar com "X" um número de 1 a 10, onde 1 significa que 'discordo' e 10 'totalmente de acordo' com as seguintes afirmações. Não há respostas certas ou erradas, apenas estamos interessados na sua opinião:**

Experiência em relação ao evento adverso	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	☹				☺					☺
P5.1.- O evento adverso foi resolvido de forma eficaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.2.- O evento adverso foi resolvido com rapidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.3.- Tem conhecimento se foi solicitada informação adicional ao serviço sobre o evento adverso participado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.4.- Pode(em) participar na tomada de decisões em relação aos eventos adversos notificados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.5.- Os profissionais de saúde ou a unidade de saúde informaram o doente sobre o evento adverso notificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.6.- Foi informado de que seriam tomadas medidas para evitar a recorrência do evento adverso notificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P5.4.- Teve interesse em saber qual o resultado do evento adverso que notificou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**P6. Por favor, responda a pergunta, assinalando a resposta que melhor define a sensação de segurança que tem dos cuidados de saúde prestados na sua unidade de saúde.**

P6.1.- Muito Insegura.	<input type="radio"/>
P6.2.- Bastante Insegura.	<input type="radio"/>
P6.3.- Ligeiramente Insegura.	<input type="radio"/>
P6.4.- Nem Segura/ Nem Insegura.	<input type="radio"/>
P6.5.- Ligeiramente Segura.	<input type="radio"/>
P6.6.- Bastante Segura.	<input type="radio"/>
P6.7.- Muito Segura.	<input type="radio"/>





## Questionário – Parte B

## Caraterização do profissional

## PB1. Sexo:

Feminino  
Masculino

## PB2. Idade:

□□□ anos

## PB3. Estado Civil

Solteiro(a)  
Casado(a) ou União de facto  
Divorciado(a) ou Separado(a)  
Viúvo(a)

## PB4. Área geográfica da Residência

Território nacional  
No estrangeiro

PB4.1. Se reside em Portugal,  
Código Postal da Residência:

□□□□ - □□□□

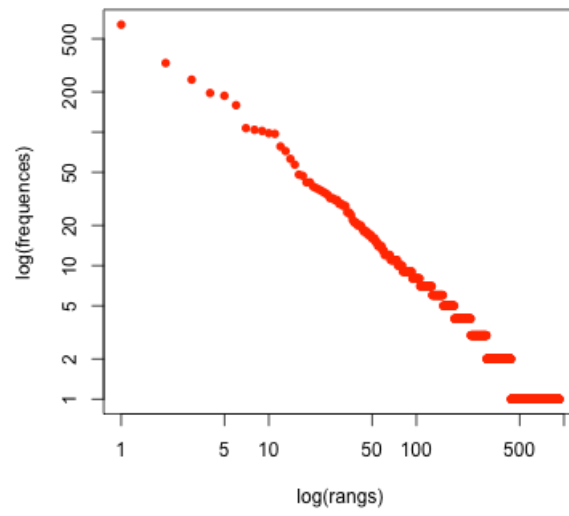
## PB5. Grau de ensino:

1º Ciclo (4ª Classe)  
2º Ciclo (6ª Classe)  
3º Ciclo (9º ano de Escolaridade)  
Ensino secundário complementar  
Curso Técnico-Profissional  
Bacharelato ou Curso Médio  
Licenciatura  
Pós-graduação (Especialização)  
Mestrado  
Doutoramento

## PB6. Situação Profissional:

Nomeação definitiva  
Contrato individual de trabalho  
Prestador de serviços  
Outra situação

*Obrigado pela Sua Participação*

**Anexo H. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente:****Diagrama de Zipf**

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq zipf.png

## Anexo I. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente:

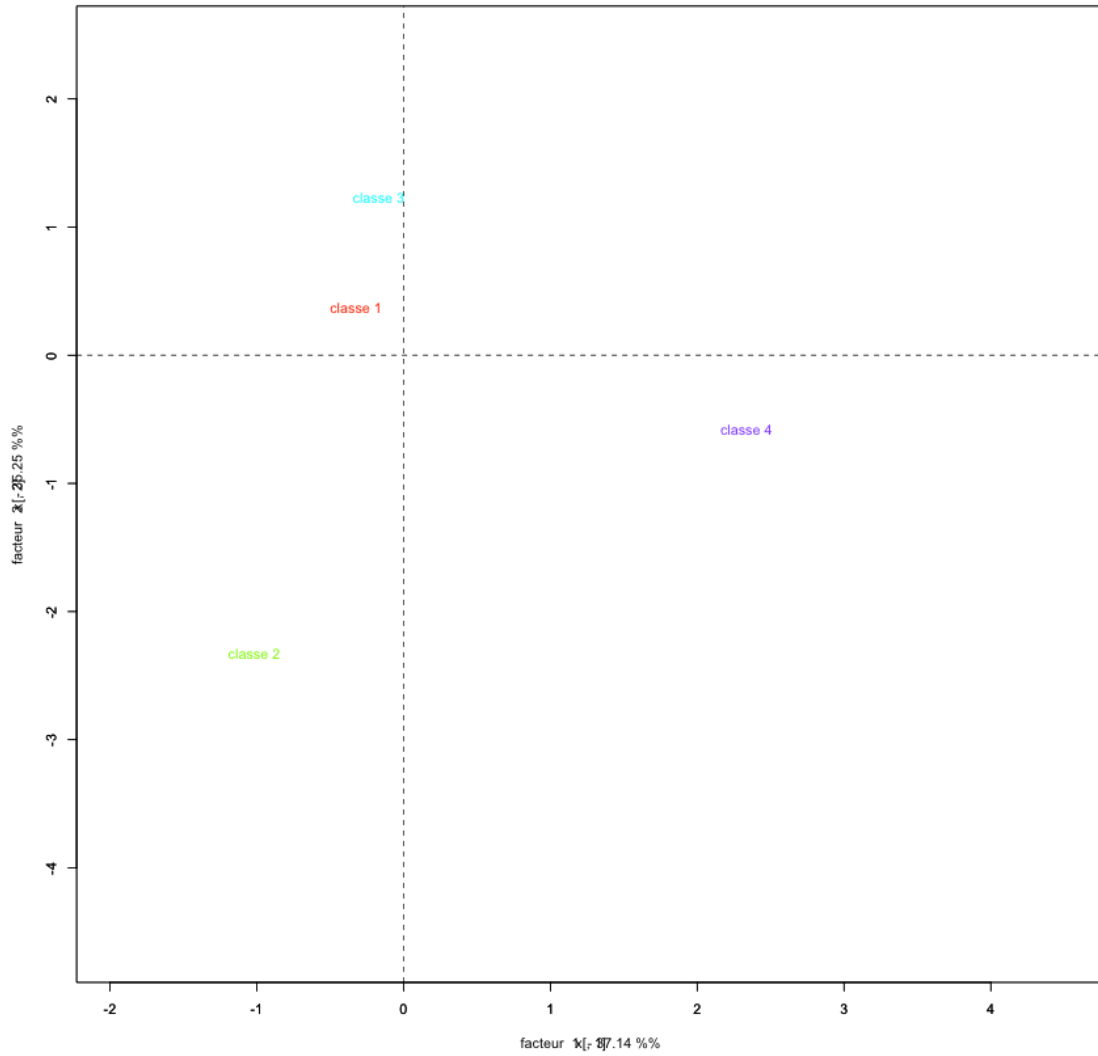
## Caraterísticas do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.

V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes	4	***		
**	classe	1	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
113	204	55.39			
63	73	86.30	43.95	cuidado	3.361894e-11
61	76	80.26	30.32	saúde	3.659124e-08
50	61	81.97	24.87	segurança	6.126195e-07
27	28	96.43	22.12	qualidade	2.563332e-06
23	24	95.83	18.00	prestar	2.204991e-05
27	30	90.00	17.05	significar	3.643295e-05
30	38	78.95	10.49	profissional	1.202662e-03
20	23	86.96	10.45	paciente	1.224934e-03
23	28	82.14	9.40	unidade	2.170918e-03
20	24	83.33	8.59	prestação	3.372598e-03
49	71	69.01	8.18	doente	4.239822e-03
35	48	72.92	7.80	utente	5.220239e-03
8	8	100.00	6.71	garantia	9.611942e-03
11	13	84.62	4.80	assegurar	2.847877e-02
5	5	100.00	4.13	opinião	4.218620e-02
7	8	87.50	3.47	conhecimento	6.234129e-02
7	8	87.50	3.47	confidencialidade	6.234129e-02
4	4	100.00	3.29	formação	6.988737e-02
4	4	100.00	3.29	sentido	6.988737e-02
4	4	100.00	3.29	contribuir	6.988737e-02
3	3	100.00	2.45	privacidade	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	direito	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	área	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	responsabilidade	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	momento	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	executar	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	confiar	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	acordo	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	proporcionar	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	política	1.173761e-01
3	3	100.00	2.45	oferecer	1.173761e-01
*	*	*	*	*	*
6	7	85.71	2.7	*Educa7	0.1005212
**	classe	2	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
29	204	14.22			
10	15	66.67	36.53	informação	1.507148e-09
5	5	100.00	30.93	disponibilidade	2.674337e-08
6	8	75.00	25.23	clínico	5.095481e-07
4	4	100.00	24.62	número	6.979831e-07
4	4	100.00	24.62	atender	6.979831e-07
4	4	100.00	24.62	acesso	6.979831e-07
5	7	71.43	19.46	atendimento	1.028947e-05
3	3	100.00	18.37	resposta	1.815515e-05
3	3	100.00	18.37	sigilo	1.815515e-05
4	5	80.00	18.19	maneira	1.999989e-05
3	4	75.00	12.36	exame	4.383031e-04
4	7	57.14	10.95	devidamente	9.342965e-04
6	15	40.00	8.83	tratamento	2.968656e-03
3	5	60.00	8.81	equipa	2.994878e-03
3	5	60.00	8.81	informar	2.994878e-03
3	5	60.00	8.81	dado	2.994878e-03
3	5	60.00	8.81	saúde	2.994878e-03
2	3	66.67	6.87	respeito	8.770887e-03
2	3	66.67	6.87	respeitar	8.770887e-03
2	3	66.67	6.87	realizar	8.770887e-03
2	3	66.67	6.87	médico	8.770887e-03
3	6	50.00	6.49	melhorar	1.084089e-02
4	10	40.00	5.73	processo	1.665128e-02
2	4	50.00	4.28	necessitar	3.846816e-02
*****	*	*	*	*	*

4	4	100.00	24.62	esclarecido	6.979831e-07
4	8	50.00	8.74	fazer	3.107472e-03
4	9	44.44	7.06	estado	7.904005e-03
3	6	50.00	6.49	saber	1.084089e-02
*	*	*	*	*	*
7	13	53.85	17.88	*Educa5	2.349993e-05
1	2	50.00	2.12	*Educa6	1.453019e-01
**	classe	3	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
30	204	14.71			
15	15	100.00	93.90	erro	3.310767e-22
8	9	88.89	41.31	evento	1.300192e-10
4	4	100.00	23.66	avaliação	1.147084e-06
4	4	100.00	23.66	permanência	1.147084e-06
4	6	66.67	13.31	ocorrência	2.645152e-04
4	6	66.67	13.31	existir	2.645152e-04
3	4	75.00	11.82	incidente	5.844180e-04
8	20	40.00	11.31	forma	7.708144e-04
3	5	60.00	8.38	reduzir	3.786620e-03
5	12	41.67	7.39	dano	6.563676e-03
4	9	44.44	6.64	serviço	9.979975e-03
4	9	44.44	6.64	medida	9.979975e-03
2	3	66.67	6.55	cultura	1.046574e-02
2	3	66.67	6.55	corrigir	1.046574e-02
3	7	42.86	4.58	prevenir	3.235079e-02
2	4	50.00	4.05	associar	4.412265e-02
5	16	31.25	3.79	procedimento	5.160532e-02
2	5	40.00	2.61	identificar	1.058960e-01
*****	*	*	*	*	*
7	11	63.64	22.19	adverso	2.465820e-06
2	3	66.67	6.55	tipo	1.046574e-02
4	11	36.36	4.35	possível	3.705403e-02
2	4	50.00	4.05	durante	4.412265e-02
2	4	50.00	4.05	contínuo	4.412265e-02
*	*	*	*	*	*
**	classe	4	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
32	204	15.69			
9	9	100.00	50.61	queda	1.128021e-12
6	6	100.00	33.23	prevenção	8.199246e-09
6	6	100.00	33.23	equipamento	8.199246e-09
7	8	87.50	32.47	medicação	1.211464e-08
5	5	100.00	27.55	úlceras	1.530655e-07
5	5	100.00	27.55	pressão	1.530655e-07
5	5	100.00	27.55	infecção	1.530655e-07
4	4	100.00	21.93	tomar	2.827786e-06
3	3	100.00	16.37	utilização	5.222255e-05
3	3	100.00	16.37	meio	5.222255e-05
3	3	100.00	16.37	exemplo	5.222255e-05
6	10	60.00	15.61	evitar	7.771767e-05
4	6	66.67	12.15	tender	4.914076e-04
4	6	66.67	12.15	administração	4.914076e-04
5	9	55.56	11.32	medida	7.683792e-04
3	4	75.00	10.85	controlo	9.863227e-04
3	5	60.00	7.61	contar	5.803371e-03
2	3	66.67	5.98	atenção	1.444164e-02
2	3	66.67	5.98	encontrar	1.444164e-02
4	9	44.44	5.89	identificação	1.524738e-02
4	9	44.44	5.89	clínica	1.524738e-02
3	6	50.00	5.50	prático	1.897915e-02
2	4	50.00	3.63	querer	5.666956e-02
2	4	50.00	3.63	relação	5.666956e-02
2	4	50.00	3.63	enfermagem	5.666956e-02
4	12	33.33	3.00	situação	8.315255e-02
8	31	25.81	2.83	risco	9.247427e-02
2	5	40.00	2.29	higiene	1.301230e-01
*****	*	*	*	*	*
2	3	66.67	5.98	terapêutico	0.01444164
*	*	*	*	*	*

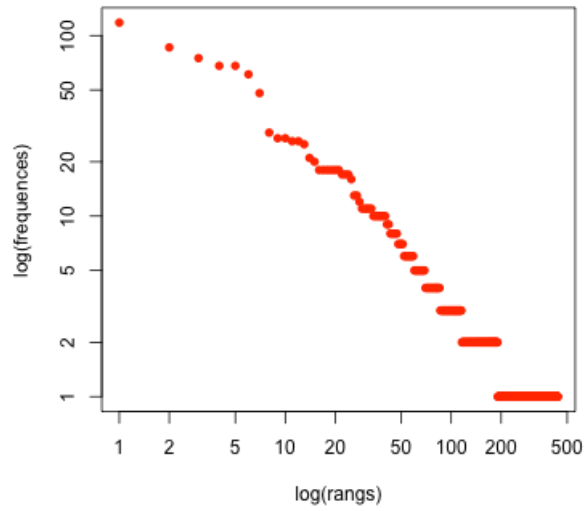
Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq profiles.csv

**Anexo J. Percepção dos profissionais sobre o significado de segurança do paciente:  
Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais.**



Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq AFC2DCL.png

## Anexo K. Perceção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Diagrama de Zipf



Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq zipf.png

## Anexo L. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Características do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.

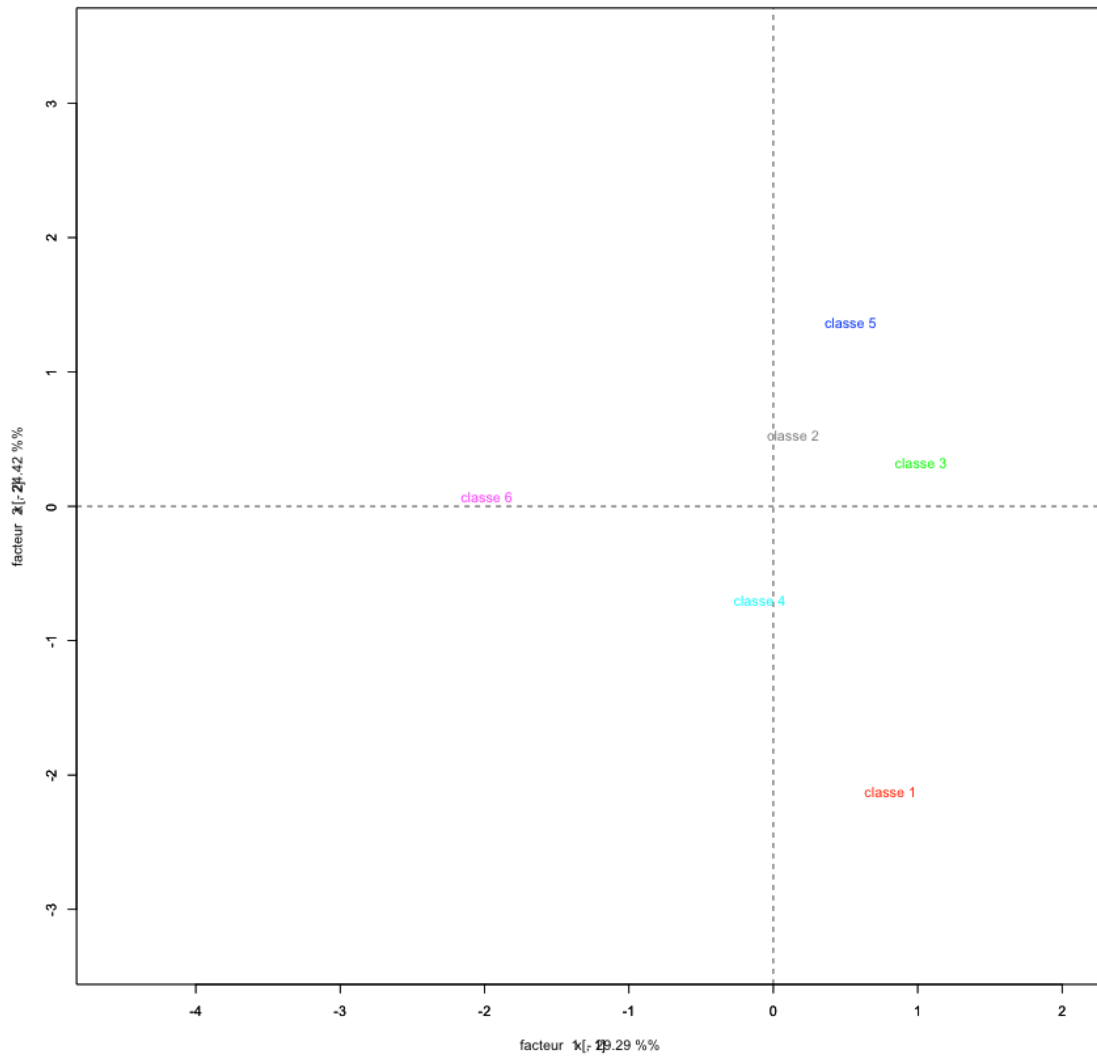
V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes	6	***		
**	classe	1	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
5	39	12.82			
4	9	44.44	10.47	atendimento	0.001214060
2	3	66.67	8.43	urgência	0.003689013
4	13	30.77	5.62	paciente	0.017750690
2	5	40.00	3.79	diagnóstico	0.051538336
3	10	30.00	3.55	profissional	0.059504702
*****	*	*	*	*	*
2	5	40	3.79	fazer	0.051538334
*	*	*	*	*	*
4	5	80	23.16	*Educa3	1.491867e-06
**	classe	2	**		
6	39	15.38			
6	10	60.00	20.56	profissional	5.768143e-06
5	16	31.25	5.25	saúde	2.199824e-02
5	19	26.32	3.40	segurança	6.516333e-02
*****	*	*	*	*	*
2	3	66.67	6.57	muito	0.01039654
2	3	66.67	6.57	dentro	0.01039654
2	5	40.00	2.67	fazer	0.10228695
4	15	26.67	2.38	ter	0.12263562
*	*	*	*	*	*
5	11	45.45	10.64	*Educa4	0.001105409
**	classe	3	**		
6	39	15.38			
5	13	38.46	7.98	unidade	0.004736825
3	6	50.00	6.53	prestar	0.010625740
5	16	31.25	5.25	saúde	0.021998244
3	7	42.86	4.95	cuidado	0.026147693
4	14	28.57	2.92	significar	0.087628814
*****	*	*	*	*	*
2	3	66.67	6.57	assim	0.01039654
4	11	36.36	5.18	bem	0.02284770
2	4	50.00	4.10	alguma	0.04281739
2	5	40.00	2.67	tratado	0.10228695
*	*	*	*	*	*
3	6	50	6.53	*Educa5	0.01062574
**	classe	4	**		
8	39	20.51			
7	15	46.67	10.23	médico	0.001384967
4	6	66.67	9.26	opinião	0.002337110
3	5	60.00	5.48	dever	0.019184640
2	3	66.67	4.25	só	0.039343641
2	3	66.67	4.25	qualidade	0.039343641
2	3	66.67	4.25	precisar	0.039343641
6	19	31.58	2.78	segurança	0.095290972
*****	*	*	*	*	*
3	5	60	5.48	minha	0.01918464
2	4	50	2.38	sempre	0.12314616
2	4	50	2.38	maior	0.12314616
*	*	*	*	*	*
4	7	57.14	7.02	*Educa2	0.008058401
**	classe	5	**		
6	39	15.38			
4	4	100.00	24.51	sair	7.376092e-07
5	14	35.71	6.93	significar	8.457725e-03
2	3	66.67	6.57	querer	1.039654e-02
4	11	36.36	5.18	atender	2.284770e-02
4	13	30.77	3.55	unidade	5.970881e-02
4	14	28.57	2.92	doente	8.762881e-02
2	5	40.00	2.67	sentir	1.022870e-01
*****	*	*	*	*	*
4	9	44.44	7.59	poder	0.005869624



6	25	24.00	3.97	ser	0.046292773
2	5	40.00	2.67	físico	0.102286951
2	5	40.00	2.67	correto	0.102286951
*	*	*	*	*	*
4	11	36.36	5.18	*Educa4	0.0228477
**	classe	6	**		
8	39	20.51			
4	4	100.00	17.27	atenção	3.240225e-05
5	6	83.33	17.16	confiança	3.431306e-05
6	14	42.86	6.69	doente	9.709064e-03
3	6	50.00	3.78	tratamento	5.182709e-02
5	15	33.33	2.46	médico	1.169903e-01
*****	*	*	*	*	*
6	14	42.86	6.69	estar	0.009709064
3	5	60.00	5.48	técnico	0.019184640
2	4	50.00	2.38	pessoal	0.123146163
2	4	50.00	2.38	parte	0.123146163
4	11	36.36	2.36	todo	0.124409336
*	*	*	*	*	*
3	3	100	12.59	*Educa9	0.0003870388

Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq profiles.csv

**Anexo M. Percepção dos pacientes/utentes sobre o significado de segurança do paciente: Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais.**



Fonte: Corpus da P7; output Iramuteq AFC2DCL.png

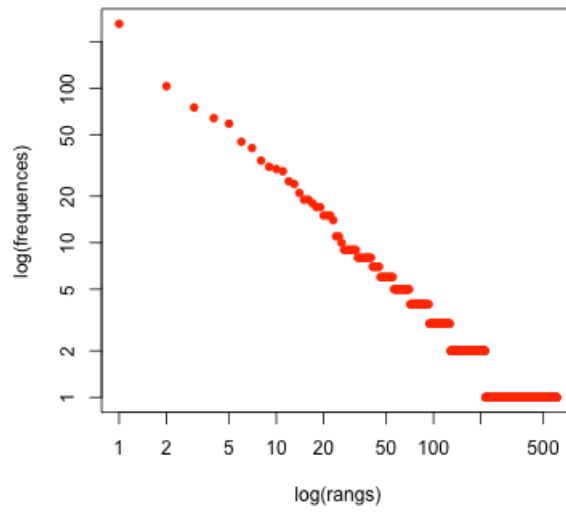
## Anexo N. Segmentos de texto mais relevantes do corpus sobre o significado de segurança do paciente.

<b>Significado de segurança do paciente - Segmentos de texto</b>	<b>Scores</b>
<b>Profissionais de saúde dos hospitais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a segurança do doente numa unidade de saúde é uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde pelo que cada unidade de saúde da nossa instituição está envolvida no programa de segurança do doente que está fundamentado na política da qualidade e na norma hospitalar do programa de segurança do doente</li> </ul>	15.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>melhores cuidados ao doente ao chegar à urgência certos doentes que têm pouca capacidade de comunicação e de mover estar melhor atenção e cuidar melhor desses doentes não deixar material de saúde em local que os doentes poderão mexer</li> </ul>	14.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>quanto menor for o erro por parte dos profissionais de saúde mais seguro está o doente; a segurança do doente é a identificação do doente e a administração correta de medicação entre outras intervenções de enfermagem</li> </ul>	13.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>segurança na nossa urgência decisão clínica segurança encontra-se em estado de relatividade confidencialidade dos dados bem como o tratamento do doente de forma correta proteção e boa interpretação dos dados clínicos do doente com mais apoio ao doente</li> </ul>	13.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>em muitos casos essa identificação quando é realizada não é permanente e não assegura a identificação do doente no tempo de internamento existem muitas falhas de identificação que se perpetua por outros serviços do hospital culminando em possíveis falhas de diagnóstico avaliação tratamento dos doentes</li> </ul>	12.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>a segurança do doente é o enfoque no sistema e não no indivíduo doente manter integridade física do doente assim como o bem-estar psicológico do doente todas as ações que melhorem assegurem a segurança do utente</li> </ul>	12.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>protegendo o doente e profissionais de saúde na prevenção de doença infecciosas e risco de mortalidade por exemplo receber os melhores cuidados de saúde para a sua situação clínica significa rapidez no atendimento diagnóstico e bem-estar</li> </ul>	11.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>receber os cuidados adequados pela equipa multidisciplinar; manter a sua capacidade física e psíquica e espiritual a segurança do doente começa pela sua identificação dentro da instituição</li> </ul>	11.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>segurança do doente numa unidade de saúde significa uma política de cuidados centrados no doente em que se preconiza o seu bem estar e minimização de risco de acidentes intercorrências devido da instituição quer a nível de imobilidade medicação</li> </ul>	8.00
<b>Profissionais de saúde dos centros de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>luminosidade privacidade recursos materiais em quantidade suficiente e em boas condições de utilização qualidade dos materiais usados número de horas de trabalho dos profissionais reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos do bom trabalho desenvolvido motivação e incentivo num melhor desempenho de funções do profissional, normas procedimentos de atuação divulgados</li> </ul>	15.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>a segurança do utente está relacionada com a dotação de normas hospitalares acessíveis aos profissionais de saúde e assim como formação continuada de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos serviços e ou grupos profissionais</li> </ul>	15.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>disponibilidade de informação clínica dos utentes aos profissionais que atendem a pessoa com a devida confidencialidade a segurança do paciente numa unidade de saúde é assegurar cuidados de saúde de alta qualidade que contribuem para a melhoria na qualidade de vida</li> </ul>	13.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>é visualizar o doente de uma forma holística tendo em conta sempre a vontade e respeito pelo mesmo um programa que permite ter em conta as necessidades do doente e prestar cuidados com segurança reduzindo o risco e tendo em conta as boas práticas</li> </ul>	13.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>correta identificação clareza na transmissão de informação entre profissionais acerca dos tratamentos atitudes que se pretendem em relação a cada utente sigilo profissional profissionalismo e boas praticas medicas enfermagem prestar assistência ao utente seguindo protocolos de segurança</li> </ul>	13.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>com controle do ambiente quer a nível físico quer a nível microbiano com equipamento adequado e fiável com profissionais com formação a nível da segurança do doente e com uma organização centrada no doente e não nos diferentes profissionais e seus interesses</li> </ul>	12.00
<b>Pacientes/utentes dos hospitais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>atenção ao doente, esclarecimento ao doente em termos de total confiança nos técnicos de saúde que nos estão a tratar ter confiança na sua unidade de saúde; médicos e toda a sua equipa</li> </ul>	12.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>não ficará exposto a contaminações por contacto com outros doentes segurança do paciente envolve todos os cuidados médicos necessários com doente precisa</li> </ul>	8.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>correta avaliação do doente no seu todo e resposta adequada e rápida no seguimento dos resultados dessa mesma avaliação segurança do doente depende do tipo de tratamento que cada um tem e de quem o está a realizar confiança no pessoal médico e enfermagem</li> </ul>	6.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>que o paciente se não puder de alguma forma de ser atendido devidamente pela unidade de saúde é referenciado para a unidade de saúde mais próxima garantindo que é tratado com a vida urgência</li> </ul>	6.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>significa não sair da unidade hospitalar com mais alguma doença provocada pela estadia na unidade hospitalar devemos ser sinceros, humildes diretos e explícitos nas dúvidas para um bom atendimento ser atendido por pessoal competente e qualificado</li> </ul>	6.00
<b>Pacientes/utentes dos centros de saúde</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>desde a receção o utente é devidamente encaminhado com informação precisa e segura o doente recebe tratamento adequado e é lhe garantida informação acerca dos tratamentos e procedimentos que lhe são dados garantindo que percebe essas informações</li> </ul>	9.00
<ul style="list-style-type: none"> <li>ter confiança no diagnóstico correto tendo em conta o historial médico e as informações fornecidas diretamente pelo doente e no seu tratamento saber que se uma pessoa estiver aflita pode recorrer ao serviço de saúde e ser socorrido a tempo e horas sem haver entraves logísticos</li> </ul>	8.00

<ul style="list-style-type: none"><li>• desde o atendimento até a conclusão do tratamento todas essas coisas são importantíssimas muitas vezes as pessoas não têm educação nem formação para atender um utente sentir que posso confiar nos profissionais que me tratam com carinho e muito profissionalismo</li></ul>	8.00
<ul style="list-style-type: none"><li>• significa que sejam acauteladas todas as medidas normas de segurança quer de procedimentos produtos uso correto e dentro do prazo como da própria estrutura física assim como manter a privacidade e dignidade do utente doente significa ser atendida de quadra mente e tão breve quanto possível</li></ul>	7.00

Fonte: *Corpus da P7; output Iramuteq concordancier.html*

**Anexo O. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Diagrama de Zipf.**



Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq zipf.png

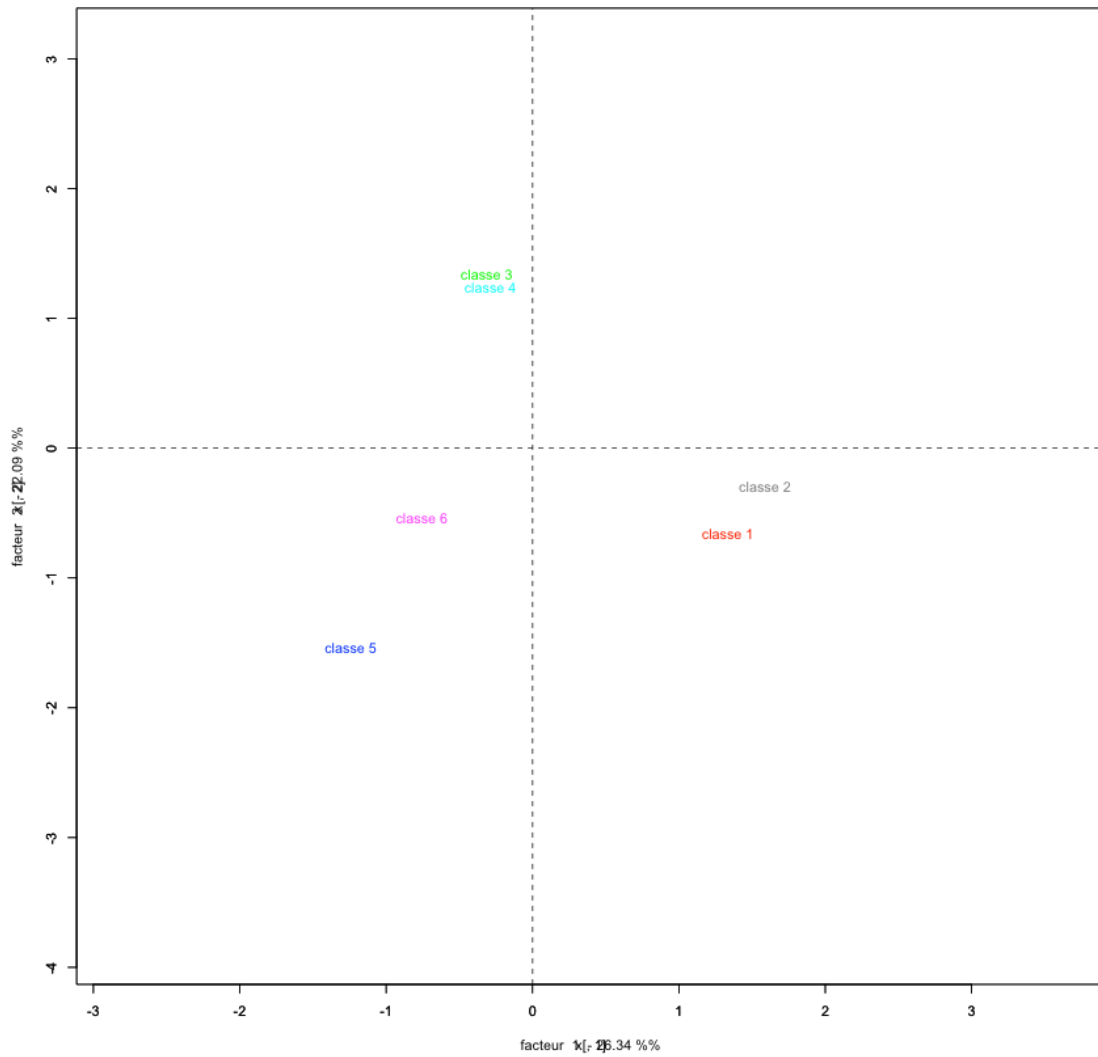
### Anexo P. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Características do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.

***	nb classes	6	***		
**	classe	1	**		
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	P
7	50	14			
4	7	57.14	12.58	gestão	0.0003892309
5	13	38.46	8.73	serviço	0.0031288387
5	13	38.46	8.73	humano	0.0031288387
5	14	35.71	7.61	recurso	0.0057890252
2	3	66.67	7.35	disponibilidade	0.0066967331
2	3	66.67	7.35	competência	0.0066967331
6	23	26.09	5.17	formação	0.0230036939
2	4	50.00	4.68	risco	0.0305148247
2	4	50.00	4.68	contínuo	0.0305148247
3	10	30.00	2.66	material	0.1030426934
*****	*	*	*	*	*
1	1	100	6.27	*Educa7	0.01229225
**	classe	2	**		
8	50	16			
5	5	100.00	29.17	identificação	6.641199e-08
5	6	83.33	23.00	forma	1.619938e-06
4	4	100.00	22.83	exemplo	1.773421e-06
7	23	30.43	6.60	formação	1.017949e-02
2	3	66.67	6.10	procedimento	1.354949e-02
2	4	50.00	3.74	norma	5.313564e-02
2	5	40.00	2.38	maior	1.228226e-01
2	5	40.00	2.38	aumento	1.228226e-01
*****	*	*	*	*	*
7	25	28	5.36	*Educa8	0.02063756
**	classe	3	**		
8	50	16			
5	8	62.50	15.32	mesmo	9.065141e-05
6	14	42.86	10.44	recurso	1.236119e-03
4	7	57.14	10.25	qualidade	1.365704e-03
6	15	40.00	9.18	segurança	2.441834e-03
4	8	50.00	8.19	sempre	4.208456e-03
3	5	60.00	8.00	unidade	4.670906e-03
3	5	60.00	8.00	nível	4.670906e-03
5	13	38.46	6.59	humano	1.022860e-02
2	3	66.67	6.10	humanização	1.354949e-02
2	3	66.67	6.10	acompanhamento	1.354949e-02
3	6	50.00	5.86	necessário	1.544970e-02
6	20	30.00	4.86	saúde	2.746864e-02
3	8	37.50	3.28	número	7.031802e-02
2	5	40.00	2.38	melhorar	1.228226e-01
*****	*	*	*	*	*
3	6	50.00	5.86	fazer	0.015449702
2	4	50.00	3.74	trabalhar	0.053135637
2	5	40.00	2.38	tempo	0.122822648
*	*	*	*	*	*
7	29	24.14	3.40	*TipoOrg1	0.06510408
4	14	28.57	2.29	*Educa9	0.13050643
**	classe	4	**		
7	50	14			
4	4	100.00	26.71	equipa	2.366306e-07
6	12	50.00	17.00	dever	3.745908e-05
4	8	50.00	10.25	número	1.365704e-03
2	3	66.67	7.35	específico	6.696733e-03
3	8	37.50	4.37	aumentar	3.661188e-02
2	6	33.33	2.12	melhor	1.457019e-01
2	6	33.33	2.12	necessário	1.457019e-01
*****	*	*	*	*	*
2	5	40.00	3.12	bem	0.077373234
1	1	100	6.27	*Educa5	0.01229225
**	classe	5	**		
6	50	12			
4	4	100.00	31.88	realidade	1.636548e-08

4	6	66.67	19.30	informação	1.119861e-05
2	3	66.67	9.03	dia	2.653220e-03
2	3	66.67	9.03	contribuir	2.653220e-03
2	4	50.00	5.95	promover	1.475639e-02
3	13	23.08	2.04	todo	1.530886e-01
*****	*	*	*	*	*
2	4	50.00	5.95	pessoa	0.01475639
*	*	*	*	*	*
5	21	23.81	4.78	*TipoOrg2	0.02876190
5	25	20.00	3.03	*Educa8	0.08172275
**	classe	6	**		
14	50	28			
7	13	53.85	5.82	todo	0.01583409
4	6	66.67	5.06	melhoria	0.02453349
9	20	45.00	4.78	saúde	0.02881823
3	4	75.00	4.76	adequado	0.02905990
11	30	36.67	2.79	profissional	0.09459935
2	3	66.67	2.37	sistema	0.12393448
2	3	66.67	2.37	existir	0.12393448
2	3	66.67	2.37	acidente	0.12393448
5	11	45.45	2.13	utente	0.14432753
*****	*	*	*	*	*
4	7	57.14	3.43	*Educa10	0.06405909

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq profiles.csv

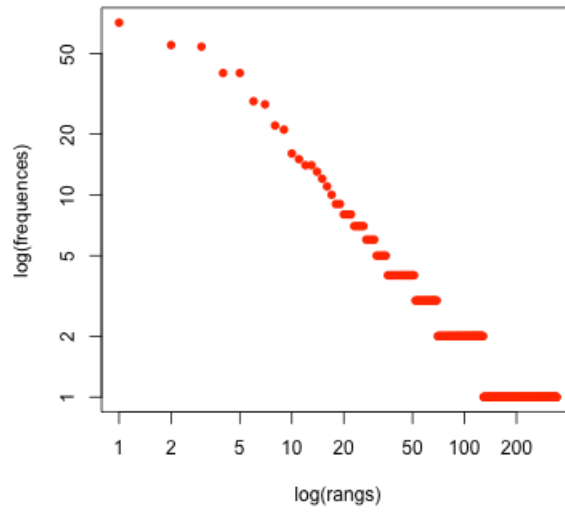
**Anexo Q. Sugestões dos profissionais para a melhoria das condições de segurança do paciente: Projeção fatorial dos centróides das Classes dos agrupamentos lexicais.**



Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq AFC2DCL.png



**Anexo R. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Diagrama de Zipf.**



Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq zipf.png

**Anexo S. Sugestões dos pacientes/utentes para a melhoria das condições de segurança do paciente: Características do perfil das Classes dos agrupamentos lexicais.**

V1	V2	V3	V4	V5	V6
***	nb classes	2	***		
**	classe	1	**		
5	8	62.5			
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	p
5	5	100	8.00	doente	0.004677735
5	5	100	8.00	dever	0.004677735
4	4	100	4.80	médico	0.028459737
3	3	100	2.88	paciente	0.089686022
3	3	100	2.88	todo	0.089686022
3	3	100	2.88	minha	0.089686022
3	3	100	2.88	atender	0.089686022
3	3	100	2.88	unidade	0.089686022
3	3	100	2.88	técnico	0.089686022
3	3	100	2.88	seguro	0.089686022
*****	*	*	*	*	*
5	6	83.33	4.44	hospital	0.03501498
5	6	83.33	4.44	ter	0.03501498
*	*	*	*	*	*
5	5	100	8	*TipoOrg1	0.004677735
**	classe	2	**		
3	8	37.5			
3	5	60	2.88	formação	0.08968602
*****	*	*	*	*	*
3	3	100	8	*TipoOrg2	0.004677735

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq profiles.csv

## Anexo T. Segmentos de texto mais relevantes do corpus sobre sugestões de melhoria das condições de segurança do paciente.

Sugestões - Segmentos de texto	Scores
<b>Profissionais de saúde dos hospitais</b>	
formação na área; corretas identificações; mais profissionais nos cuidados ao doente de forma a prevenir por exemplo quedas, administração de medicamentos; aumento do número de enfermeiros por doente; checklist; mais recursos humanos; mais recursos materiais	14.00
aumento dos recursos humanos, enfermeiros e auxiliares em todos os serviços, e material que permita o transporte e deslocação dos utentes de forma segura; mais formação de gestão de risco; mais recursos humanos	10.00
existir um maior controlo da qualidade e a respetiva responsabilização dos procedimentos que cada profissional executa no sentido da melhoria contínua; risco bastante baixo inexistente em todos os atos e procedimentos efetuados ao paciente; acompanhamento constante do paciente; diminuir o rácio doente/enfermeiro	10.00
seria o aumento de recursos humanos para a melhoria da segurança do doente; mais uma humanização dos profissionais de saúde e dos serviços; fazer sempre os eventos adversos e reportar todos os acontecimentos; trabalhar com qualidade e em menos quantidade	9.00
valorização profissional e respetiva compensação financeira; identificação de forma definitiva dos doentes dentro da instituição; preocupação dos profissionais em sempre confirmar a identificação dos doentes antes de qualquer procedimento; mais formação prática avaliações	8.00
mais profissionais de saúde; segurança com câmaras de vigilância; melhorar o acompanhamento do doente durante o internamento; uma maior humanização do pessoal e reforço das mesmas; não sobrecarregar os profissionais em termos de horas de trabalho e descanso; ... recursos materiais necessários	7.00
<b>Profissionais de saúde dos centros de saúde</b>	
mais formação/atualização dos conhecimentos praticados pelo profissional; mais disponibilidade tempo por utente; melhores condições de trabalho físico principalmente melhor gestão do material e seu fornecimento	12.00
promover programas de formação para todos os profissionais; melhorar a mobilidade nos serviços e renovação dos materiais; melhor informação da patologia clínica e definição atempada de um plano de tratamento adequado; formação aos profissionais	8.00
Separação de salas para utentes com infeções ou suspeitas de infeção: verificamos que as zonas de salas de espera são comuns; outra questão prende-se com a falta de higiene e desinfeção dos espaços devido à redução de gastos e falta de pessoal	8.00
adequação dos recursos humanos às reais necessidades de serviço; maior investimento na formação contínua e em serviço	6.00
Mais equipas de limpeza	6.00
os técnicos de saúde deveriam tomar mais atenção às palavras que usam e a explicar melhor a situação mesmo que adversa; descer ao nível do paciente na questão cultural; coordenação e comunicação entre os profissionais de saúde que integram a equipa de saúde do serviço	5.00
formação profissional e reuniões de unidade onde devem ser discutidos os casos sinalizados de erros notificados ou detetados; clareza nos procedimentos; protocolos de atuação precisos e regular monitorização das práticas; confronto entre os procedimentos com os protocolos estabelecidos; repensar as dotações dos serviços; implementar dotações seguras	4.00
<b>Pacientes/utentes dos hospitais</b>	
diminuir o tempo de espera para exames e cirurgias; uma das formas mais eficazes melhorar a segurança do paciente é garantir que o número de profissionais seja o suficiente para prestar cuidados de qualidade sem sobrecarga de turnos diminuindo assim o cansaço e aumentando o risco de erro	6.00
mais recursos humanos; tolerância dos profissionais; apoio psicológico e acompanhamento ao doente em determinados casos; feedback frequente com os utentes enquanto estão na sala de espera pelos técnicos	6.00
colocação urgente de mais pessoal credenciado para o atendimento dos pacientes; colocação de todo o material necessário para o tratamento dos pacientes	4.00
formação dada deveria abranger também e apelar ao bom senso e sentimentalismo dos profissionais de saúde	4.00
para a segurança do paciente, o profissional que administra tratamento deve conferir sempre o nome do doente em questão; declarar se concorda com a prescrição; respeitar os horários	4.00
na minha opinião só penso que nós doentes não deveríamos de estar tanto tempo à espera de marcação de consultas e depois de estarem as consultas marcadas não deveriam de ser desmarcadas e voltarem a remarcar	4.00
<b>Pacientes/utentes dos centros de saúde</b>	
para mim o mais importante é o atendimento; seria bom se fizessem um curso para aprenderem a lidar com as pessoas que procuram os serviços porque acredito que um utente não se dirige a um hospital da mesma forma que vai a um shopping	21.00
informação aos utentes sobre situações de urgência para que saibam aonde devem dirigir-se a serviços de urgência; falta de formação de médicos nos serviços de urgência	15.00
que os profissionais de saúde sejam idóneos e honestos com os tratamentos e exames prescritos aos utentes não se deixando influenciar por outros fatores que transcendem o bem do utente	6.00
maior comunicação entre serviços, por exemplo entre hospital de dia e radiologia ou laboratório, mas acontece que por vezes não há coordenação entre os tempos de exames e consulta oncológica	3.00

Fonte: Corpus da P8; output Iramuteq concordancier.html