

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

José Pedro dos Santos Rodrigues

Orientadores

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professor Doutor Manuel Luís Tibério



VILA REAL, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar

Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

José Pedro dos Santos Rodrigues

Orientadores

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professor Doutor Manuel Luís Tibério

Composição do Júri: Carla Susana da Encarnação Mar

Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Manuel Luís Tibério

VILA REAL, 2018

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

AGRADECIMENTOS

A execução deste trabalho não teria sido possível sem o contributo de pessoas a quem devo o meu agradecimento.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, e Professor Doutor Manuel Luís Tibério, agradeço o apoio, a disponibilidade, a partilha do conhecimento e ideias, mas sobretudo pelas preciosas contribuições, que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, expresso o meu agradecimento bem como a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar, pois sem o seu contributo o presente estudo não seria viável.

Aos meus pais, José e Angelina, pelo esforço que fizeram a vida toda para me proporcionarem o melhor do mundo, a alegria e compreensão, pela forma como me educaram, por acreditarem sempre em mim, por todo o carinho e amor.

À minha irmã Sandra pelo apoio e incentivo incondicional.

À minha esposa Solange pela compreensão e carinho.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo, o meu muito obrigado.

RESUMO

Introdução: A cultura de segurança do doente assume uma preocupação crescente na sociedade. Na área da saúde, a prestação de cuidados é um processo complexo que exige a análise da origem do evento adverso e é cada vez mais reconhecida a necessidade de ações que promovam a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde.

Objetivos: O objetivo do presente estudo é avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do doente, a sua relação com os fatores humanos, socioprofissionais/demográficos e de personalidade.

Metodologia: É um estudo descritivo-correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Participaram 1056 profissionais de saúde do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro EPE, com uma média de idades de 42,2 anos e desvio-padrão 9,5, dos participantes a maioria é do sexo feminino (73,8%), 45,8% são enfermeiros, 51,6% detentores de licenciatura e 23,5% referiram uma especialidade. Foi aplicado o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e a escala da Personalidade Resistente.

Resultados: Os resultados relativos às dimensões da cultura de segurança do doente permitiram observar uma relação estatisticamente significativa entre: o *trabalho em equipa* e as *expectativas do supervisor/gestor* com as horas de trabalho semanal e o número de utentes que atende diariamente; também foi evidente a relação estatística e significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as horas de trabalho semanal, assim com a frequência de trabalho semanal superior a 8 horas; entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e a *abertura na comunicação* e a idade, os anos de serviço na profissão, e o número de utentes que atende diariamente; *feedback e a comunicação acerca do erro* relacionam-se significativamente com a idade, com o número de utentes que atende diariamente; *as percepções gerais sobre a segurança do doente*, a *frequência da notificação de eventos* e o *trabalho entre as unidades* com as horas de trabalho semanal; a *dotação de profissionais* com os anos de serviço na profissão, com as horas de trabalho semanal, com frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas e com o número de utentes que atende diariamente; a dimensão *transições* com as horas de trabalho semanal, com frequência de horário semanal superior a 8 horas e com o número de utentes que atende diariamente; e a *resposta ao erro não punitiva* com o tipo de horário. A frequência de formação sobre segurança do doente apresenta relação estatisticamente significativa com todas as dimensões.

As dimensões compromisso e desafio da personalidade resistente, mostraram correlações positivas e significativas com as doze dimensões de cultura de segurança do doente, em contrapartida foram negativas quando relacionadas com dimensão a falta de controlo.

Conclusões: Na gestão de equipas de saúde é essencial o reforço de estratégias de sensibilização, motivação e formação de profissionais, no sentido de desenvolver competências em segurança do doente e gestão de risco. Criar mecanismos de comunicação organizacional eficazes para otimizar a melhoria contínua dos cuidados prestados a partir da identificação e análise do erro.

Palavras-Chave: Cultura de Segurança; Qualidade; Personalidade Resistente.

ABSTRACT

Introduction: The culture of patient safety is a growing concern in society. In the area of health, the provision of care is a complex process that requires the analysis of the origin of the adverse event and is increasingly recognized the need for actions that promote patient safety and quality of health care.

Objectives: The objective of this study is to evaluate the multiple dimensions of culture of patient safety, its relationship with the human factors, socioprofessional/demographic and personality.

Methodology: It is a descriptive-correlational, cross-sectional study, with a quantitative approach. 1056 attended by health professionals from the Centro Hospitalar de Trás os Montes and Alto Douro E.P.E., with an average age of 42,2 years and standard deviation 9,5, of participants, the majority are females (73,8%), 45,8% nurses, 51,6% degree holders and 23,5% reported a skill. The questionnaire was applied *Hospital Survey on Patient Safety Culture* and the Personality Scale Resistant.

Results: The results relating to the dimensions of patient safety culture allowed to observe a statistically significant relationship between: *the teamwork and the expectations of the supervisor* with the weekly working hours and the number of users that meets daily; it was also evident and significant statistical relationship between *support for patient safety by management* and the weekly working hours, as well as the frequency of weekly working hours exceed 8 hours; between the *organizational learning - continuous improvement* and *openness in communication* and age, years of service in the profession, and the number of users that meets daily; *feedback and communication about the error* relate significantly with age, with the number of users that meets daily; *the general perceptions about the safety of the patient, the frequency of notification of events and the work between the units* with the weekly working hours; the *appropriation of professionals* with years of service in the profession, with the weekly working hours, with a frequency of weekly working hours exceed 8 hours followed and with the number of users that meets daily; The *size transitions* with the weekly working hours, with frequency of weekly hours exceeding 8 hours and with the number of users that meets daily; and the *response to the Non punitive error* with the type of zone.

The frequency of training on patient safety presents a statistically significant relation with all dimensions.

The dimensions of *commitment and challenge* of resistant personality, showed positive and significant correlations with the twelve dimensions of patient safety culture, on the other hand were negative when related to size *the lack of control*.

Conclusions: In the management of teams of health is essential to the strengthening of strategies of awareness, motivation, and training of professionals in order to develop skills in patient safety and risk management. Create effective organizational communication mechanisms, to optimize the continuous improvement of care from the identification and analysis of the error.

Keywords: Safety culture; Quality; Resistant personality.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xvii
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	1
1.1. INTRODUÇÃO	3
1.2. RELEVÂNCIA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	4
1.3. DESENHO E ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO.....	6
CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
2.1. CULTURA DE SEGURANÇA: ASPETOS HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO CONCEPTUAL.....	11
2.1.1. Modelos teóricos explicativos da cultura de segurança.....	21
2.1.2. Fatores associados à cultura de segurança	27
2.1.2.1. Fatores humanos	30
2.1.3. Da cultura de segurança à segurança do doente	34
2.1.3.1. Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020	45
2.1.3.2. Gestão do risco.....	48
2.1.3.3. Segurança do doente componente da qualidade dos cuidados de saúde	55
2.1.4. Avaliação da cultura de segurança em hospitais	64
CAPÍTULO III - METODOLOGIA	67
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	69
3.2. TIPO DE ESTUDO	70
3.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	71
3.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA EM ESTUDO	75
3.5. INSTRUMENTOS	75
3.6. VARIÁVEIS	82
3.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	83
3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	83
CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
4.1. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	87

4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	132
CAPÍTULO V- CONCLUSÕES	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159
APÊNDICES.....	171
Apêndice A Questionário	173
Apêndice B Autorização dos autores para a utilização da Escala <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> e Escala da Personalidade.....	181
Apêndice C Autorização para aplicação do Questionário.....	182
Apêndice D Output SPSS Média, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de Pearson: Variável <i>Idade</i>.....	183
Apêndice E Output SPSS Média, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de Pearson: Variável <i>Anos de Serviço na profissão</i>	184
Apêndice F Output SPSS Média, desvio-padrão, <i>Teste t</i> e <i>Teste de Levene</i>: Variável <i>Tipo de horário</i>.....	185
Apêndice G Output SPSS Média, desvio-padrão e <i>Teste t</i> e <i>Teste de Levene</i>: Variável <i>Horas de trabalho semanais</i>	186
Apêndice H Output SPSS Média, desvio-padrão, teste de homogeneidade variâncias e ANOVA: Variável <i>Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas</i>.....	188
Apêndice I Output SPSS Médias, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de Pearson: Variável <i>Número de utentes que atende diariamente</i>.....	191
Apêndice J Output SPSS Média, desvio-padrão e <i>Teste t</i> e <i>Teste de Levene</i>: Variável <i>Frequência de formação sobre segurança do doente</i>	192

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Desenho e estrutura de investigação	7
Figura 2. Cultura de segurança.....	12
Figura 3. Modelo de interações recíprocas de cultura de segurança	13
Figura 4. Representação das sete subculturas da cultura da segurança do doente	15
Figura 5. Representação dos níveis de maturidade	18
Figura 6. Modelo de maturidade da cultura de segurança.....	19
Figura 7. Modelo do queijo suíço.....	21
Figura 8. Modelo da probabilidade do erro ou Modelo dos Três Baldes	22
Figura 9. Fases etiológicas no desenvolvimento de um acidente organizacional	22
Figura 10. Representação dos quatro níveis de falhas proposto pela Human Factors Analysis and Classification System	23
Figura 11. Modelo SHELL.....	24
Figura 12. Modelo de gestão da ameaça e do erro por Robert Helmreich	26
Figura 13. Representação ilustrativa das dez classes que constituem Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente.....	37
Figura 14. Representação do círculo de segurança dos doentes.....	38
Figura 15. Implementação das recomendações da Comissão Europeia pelos países da União Europeia.	41
Figura 16. Implementação das treze medidas recomendadas pela Comissão Europeia pelos países da UE.	41
Figura 17. Quadro representativo da estrutura de avaliação de evidências de práticas de segurança do doente.....	43
Figura 18. Matriz de risco recomendado pela NPSA.....	52
Figura 19. Três níveis do conceito de qualidade	57
Figura 20. Dimensões da qualidade em saúde	59
Figura 21. Enquadramento conceptual das atividades inerentes à qualidade dos cuidados de saúde ..	59
Figura 22. Ciclo de construção da estratégia para a qualidade.....	61
Figura 23. Modelo teórico para a avaliação do desempenho hospitalar - PATH.....	62
Figura 24. Desenho do estudo	70
Figura 25. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	88
Figura 26. Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço na profissão actual, experiência na instituição e no serviço	89
Figura 27. Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas	89
Figura 28. Distribuição da amostra segundo a especialização	90

Figura 29. Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha.....	91
Figura 30. Distribuição da amostra segundo o tipo de horário.....	92
Figura 31. Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço no mesmo horário.....	92
Figura 32. Distribuição da amostra segundo o número de horas semanais de trabalho	93
Figura 33. Distribuição da amostra segundo a frequência com que trabalha mais de 8 horas seguidas por semana.....	93
Figura 34. Distribuição da amostra segundo a média de tempo de interação com os doentes durante o período laboral.....	94
Figura 35. Distribuição da amostra segundo o número de dias de faltas no último ano	95
Figura 36. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Trabalho em equipa</i>	96
Figura 37. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Expetativas do Supervisor/Gestor que promovam a segurança do doente</i>	97
Figura 38. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua</i>	98
Figura 39. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Feedback e comunicação acerca do erro</i> ..	98
Figura 40. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Abertura na comunicação</i>	99
Figura 41. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Dotação de profissionais</i>	100
Figura 42. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Resposta ao erro não punitiva</i>	100
Figura 43. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Apoio à segurança do doente pela gestão</i>	101
Figura 44. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Trabalho entre as unidades</i>	101
Figura 45. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Transições</i>	102
Figura 46. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Percepções gerais sobre a segurança do doente</i>	103
Figura 47. Distribuição da amostra segundo a dimensão: <i>Frequência da notificação de eventos</i>	103
Figura 48. Distribuição da percentagem de respostas médias positivas das dimensões da cultura de segurança.....	104
Figura 49. Distribuição da amostra segundo o número de relatórios de eventos/ocorrências notificados	105
Figura 50. Distribuição da amostra segundo o grau de segurança do doente.....	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Modelos e teorias explicativas da ocorrência de eventos adversos	26
Tabela 2. Objetivos estratégicos e metas para o final de 2020 do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020.	47
Tabela 3. Benefícios e riscos expressos perante a revelação de eventos adversos	54
Tabela 4. Definições do conceito de qualidade	58
Tabela 5. Agrupamento das dimensões do HSOPSC	77
Tabela 6. Dimensões do questionário <i>HSOPSC</i>	79
Tabela 7. Recodificação da escala HSOPSC	80
Tabela 8. Níveis de significância.....	83
Tabela 9. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	87
Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a acreditação/certificação do serviço onde trabalha	88
Tabela 11. Distribuição da amostra segundo a situação laboral	90
Tabela 12. Distribuição da amostra segundo a Unidade Hospitalar onde desempenham funções	91
Tabela 13. Distribuição da amostra segundo a sequência de turnos.....	92
Tabela 14. Distribuição da amostra segundo o número de doentes que atende por dia	93
Tabela 15. Distribuição da amostra segundo a variável formação sobre segurança do doente	94
Tabela 16. Distribuição da amostra segundo o exercício de funções em outra instituição	94
Tabela 17. Distribuição da amostra segundo o número de dias de baixa médica durante o último ano.....	95
Tabela 18. Distribuição da amostra segundo os itens das dimensões da cultura de segurança com maior percentual de resposta positiva	104
Tabela 19. Distribuição da amostra segundo os itens das dimensões da cultura de segurança com menor percentual de resposta positiva	105
Tabela 20. Correlação entre a dimensão <i>trabalho em equipa</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	125
Tabela 21. Correlação entre a dimensão <i>expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	126
Tabela 22. Correlação entre a dimensão <i>apoio à segurança do doente pela gestão</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	126
Tabela 23. Correlação entre a dimensão <i>aprendizagem organizacional-melhoria contínua</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	127
Tabela 24. Correlação entre a dimensão <i>perceções gerais sobre a segurança do doente</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	128

Tabela 25. Correlação entre a dimensão <i>feedback e comunicação acerca do erro</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	128
Tabela 26. Correlação entre a dimensão abertura na comunicação e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	129
Tabela 27. Correlação entre a dimensão <i>frequência de notificação de eventos</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	129
Tabela 28. Correlação entre a dimensão <i>trabalho entre as unidades</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	130
Tabela 29. Correlação entre a dimensão <i>dotação de profissionais</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	130
Tabela 30. Correlação entre a dimensão <i>transições</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	131
Tabela 31. Correlação entre a dimensão <i>resposta ao erro não punitiva</i> e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	131
Tabela 32. Relação entre as 12 dimensões da cultura de segurança do doente a personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)	132
Tabela 33. Tamanho mínimo da amostra recomendado pela AHRQ por número de funcionários/profissionais	133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*
APDH - Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
DGS - Direção Geral da Saúde
EM - Estados Membros
EPE - Entidade Pública Empresarial
g.l. - Grau de Liberdade
HFACS - *Human Factors Analysis and Classification System*
HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*
ICAO - *International Civil Aviation Organization*
ICPS - *Internacional Classification for Patient Safety*
IoM - *Institute of Medicine*
IPAC - Instituto Português da Acreditação
IPQ - Instituto Português da Qualidade
IQS-KFHQS - *King's Fund Health Quality Service*
JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
JCI - *Joint Commission International*
NPSA - *National Patient Safety Agency*
NQF - *National Quality Forum*
NRLS - *National Reporting and Learning System*
OMS - Organização Mundial de Saúde
PATH - *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*
QDPE - Questionário de Desgaste Profissional em Enfermeiros
QNQ - Fórum Nacional de Qualidade
SCHELL - *Software Culture Hardware Environment Liveware Liveware*
SEI - *Software Engineering Institute*
SHELL- *Software Hardware Environment Liveware*
SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
UE - União Europeia
WHO - *World Health Organization*

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

1.1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar tem suscitado um interesse crescente, e é considerada uma questão de saúde pública (F. Lima, 2014) e um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (Nogueira & Rodrigues, 2015).

Com o desenvolvimento das tecnologias e do conhecimento, surgiu um incremento da complexidade das redes de saúde, nas quais se verifica a interação contínua de diversos fatores: pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos.

A cultura de segurança nas organizações de saúde “resulta de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências, e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a competência da gestão da segurança e saúde da organização” (Mello & Barbosa, 2013, p. 1125), estando intrínseco o dever de cada profissional de saúde, zelar e garantir, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

A publicação do relatório do *Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, na década de 90, comprovou a existência de uma elevada incidência de eventos adversos na área da saúde, sendo incontestável a necessidade de reconsiderar os modelos assistenciais vigentes, a fim de garantir a segurança do doente (Duarte, Stipp, Silva & Oliveira, 2015). Um em cada seis doentes internados em instituições hospitalares sofre incidentes inerentes à sua segurança e na maioria são preveníveis (Capucho, Arnas & Cassiani, 2013).

As organizações científicas e internacionais responsáveis pela Qualidade na Saúde e Segurança do doente (Organização Mundial de Saúde [OMS] e União Europeia [UE]), revelam uma preocupação major, reforçando a necessidade dos Estados Membros em efetuarem uma avaliação e monitorização da cultura de segurança, bem como a identificação de áreas de melhoria, como requisito essencial para a fomentação de mudanças nos comportamentos dos profissionais e nas organizações prestadoras de cuidados, com a finalidade de atingir gradualmente níveis de segurança de excelência e de qualidade (Direção-Geral da Saúde [DGS] & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar [APDH], 2015). A nível nacional, a cultura de segurança do doente surge com cariz de primazia na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

A prestação de cuidados de saúde tem riscos associados de natureza e de procedência diversa para o doente e profissionais (Fragata, 2011), e é neste contexto que o conceito de resiliência se torna mais relevante dada a abrangência da dimensão holística (psíquica, física, social, familiar, pessoal) em que está inserido. O profissional de saúde é detentor de um conjunto de respostas adaptativas, que instintivamente ou de forma pensada executa perante situações adversas. A personalidade resistente reflete-se na capacidade de recuperação, flexibilidade, adaptabilidade (Fragata, 2011), na resistência aos conflitos e problemas, perante os quais as pessoas adquirem conhecimentos e saem transformadas positivamente pela experiência (Anjos & Astorga, 2016).

Com a elaboração desta investigação pretende-se aumentar a consciencialização sobre o tema, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados através da avaliação da cultura de segurança do doente no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE e verificar a relação das dimensões da cultura de segurança do doente e com variáveis sociodemográficas, profissionais e da personalidade resistente.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos. Inicialmente é abordada a temática em questão, a sua relevância e objetivos, bem como o desenho da investigação. No segundo capítulo é mencionado o referencial teórico pertinente, no terceiro capítulo é apresentada a metodologia de trabalho, no quarto a apresentação dos resultados e discussão, e no quinto a conclusão.

1.2. RELEVÂNCIA E OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Indubitavelmente, para que possa haver desenvolvimento numa área de conhecimento baseado em fundamentos científicos, é incontestável a necessidade de desenvolver projetos e estudos de investigação.

A investigação científica é um processo sistemático que assenta na recolha de dados observáveis e verificáveis, provenientes do mundo empírico, com o intuito de descrever, explicar ou controlar fenómenos (Fortin, Côté & Filion, 2009). Permite confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais e possibilita adquirir conhecimentos dotados de um poder descritivo e explicativo dos factos a investigar.

É através da investigação que se refletem e problematizam as questões com origem na prática, que surge o debate, e que se constroem ideias inovadoras. Na investigação em ciências sociais e humanas existem dois requisitos fundamentais: a cientificidade (sistematização e rigor), e a adequação ao objeto em estudo (Coutinho, 2011).

Atualmente, a avaliação da cultura de segurança tem sido muito valorizada pelas organizações. Em Portugal, as investigações existentes são limitadas, pouco extensas e com lacunas que devem ser corrigidas (S. Ramos & Trindade, 2011). Verifica-se que a cultura de segurança do doente ainda não se encontra estabelecida como prioridade pelos profissionais e pelas instituições de saúde, e a notificação e aprendizagem dos hospitais é pouco significativa (DGS & APDH, 2015).

É imprescindível compreender o que conduz à existência de erros, para que se possam idear soluções eficazes e eficientes (Marinho, Randunz & Barbosa, 2014), pois em cada 100 internamentos hospitalares ocorrem em média dez eventos adversos, e dessa totalidade, cerca de 50% a 60% são evitáveis (Fragata, 2011). Carneiro (2010), confere como indicador de segurança, a taxa de eventos adversos em doentes hospitalizados, afirmando existir uma taxa que atinge os 10%, metade da qual é prevenível e um terço provoca lesões nos doentes. Os eventos adversos devem ser considerados não só como problemas, mas como uma oportunidade de melhoria, com recurso à planificação de ações que promovam mudanças, reduzam a sua incidência e promovam cuidados seguros.

Assim, perante o aumento da ocorrência de eventos adversos nas instituições hospitalares (Marinho et al., 2014), e um aumento proporcional da morbilidade e mortalidade, tornou-se fundamental a realização deste estudo de investigação, que pretende contribuir para que se continue a percorrer um caminho em direção à construção de sistemas de saúde mais seguros e à implementação de intervenções eficazes adequadas às necessidades vigentes.

Este estudo, além de proporcionar conhecimentos que permitirão a implementação de objetivos e estratégias do Plano Nacional de Segurança do Doente, contribuirá para uma melhoria da notificação e consequente resposta aos eventos adversos em cuidados de saúde. Reveste-se de uma relevância adicional, visto que no CHTMAD, ainda não foi realizada nenhuma investigação nesta área, pelo que terá um carácter impulsionador e inovador.

O objetivo geral deste estudo é avaliar as múltiplas dimensões da cultura de segurança do doente e a sua relação com variáveis socioprofissionais/demográficos e fatores da personalidade resistente.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Avaliar as dimensões da cultura de segurança do doente e da personalidade resistente;
- Relacionar as dimensões da cultura de segurança do doente com as variáveis socioprofissionais dos profissionais de saúde;
- Relacionar as dimensões da cultura de segurança do doente com as dimensões da personalidade resistente.

1.3. DESENHO E ESTRUTURA DA INVESTIGAÇÃO

O desenho da investigação é um “plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro” (Fortin et al., 2009, p. 214). Numa etapa inicial do estudo, na fase conceptual, foram formuladas ideias, recolhida documentação pertinente para aprofundar conhecimentos sobre o assunto a investigar, e definidos os objetivos de investigação.

No sentido de atingir os objetivos delineados foi desenvolvido um estudo de carácter descritivo, transversal e correlacional, de natureza quantitativa. Posteriormente, delimitou-se o referencial teórico, que permitiu a redação da fundamentação teórica sobre a problemática da cultura de segurança do doente e a formulação de hipóteses. Efetuou-se a recolha de dados, mediante a aplicação de questionários aos profissionais de saúde do CHTMAD e, posteriormente, seguiu-se a análise e discussão dos resultados, com o intuito de alcançar conclusões mensuráveis e a identificação de problemas no sistema de saúde, reconhecendo os pontos críticos e elencar estratégias de curto prazo (Figura 1).

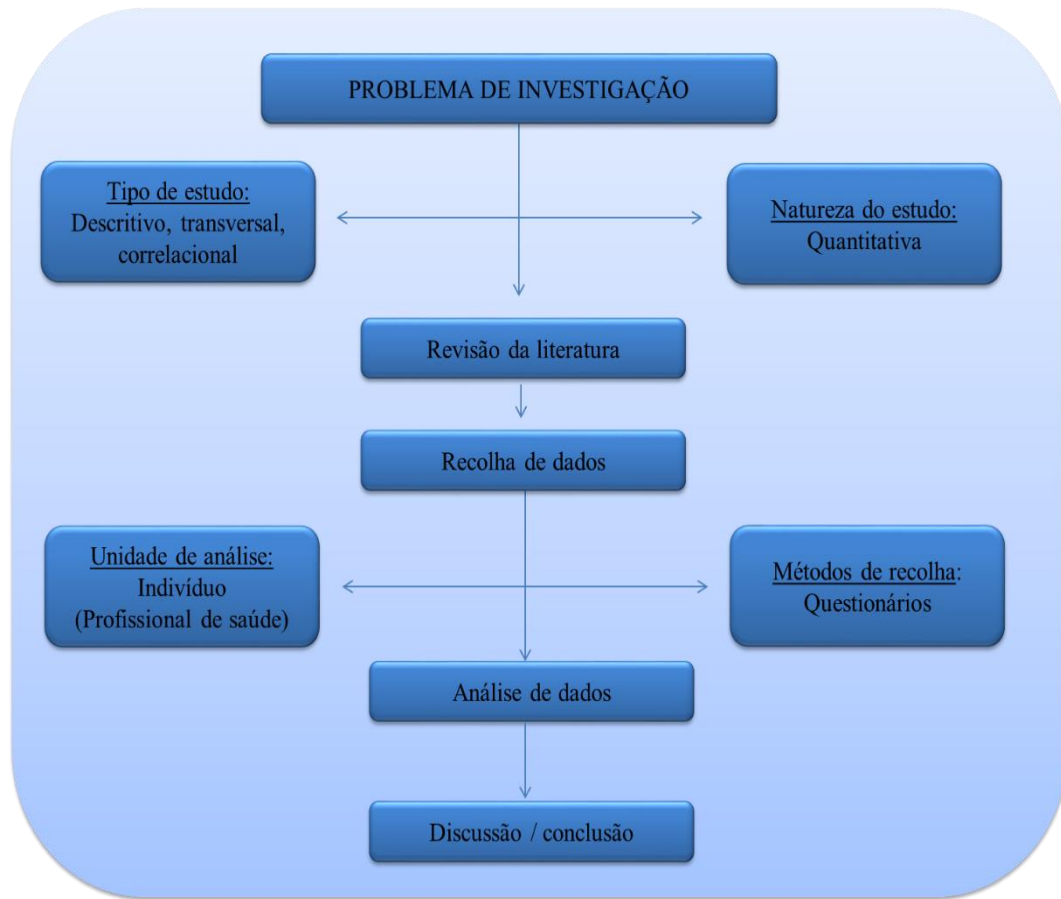


Figura 1. Desenho e estrutura de investigação

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CULTURA DE SEGURANÇA: ASPETOS HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

As organizações de saúde necessitam de desenvolver não somente o clima de segurança, como também uma cultura de segurança (Albrecht, 2015). O clima remete para a partilha de percepções ou atitudes sobre políticas e procedimentos relacionados com a segurança dos membros da equipa; e a cultura com os valores e crenças sobre a forma como os indivíduos percebem e agem perante questões de segurança. Foi adotada e descrita unicamente a segunda por ser considerada pelo autor a mais abrangente, ampla e pertinente.

A cultura de segurança, foi introduzida como um conceito específico da cultura organizacional, existindo na organização quando esta prioriza a segurança do trabalho (A Filho, Andrade & Marinho, 2011; Hopkins, 2006). É determinada pelos “aspectos da cultura organizacional que terão impacto sobre atitudes e comportamentos relacionados com o aumento ou diminuição de riscos” (Guldenmund, 2000, p. 251).

Surgiu após o desastre nuclear de Chernobyl, em 1986, na Ucrânia (A. Filho et al., 2011), foi proferida no Congresso da Agência Internacional de Energia Atômica e reconhecida pela *World Health Organization* (WHO) e pela Comissão de Segurança e Saúde do Reino Unido. É descrita como o resultado de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, capacidades de percepção individuais e de grupo, que determinam o compromisso, a dedicação, o estilo, a proficiência e o desempenho na gestão e na segurança de uma organização saudável e segura (C. Mendes & Barroso, 2014). É determinada por processos e procedimentos que são recompensados e punidos numa organização (Sorra & Dyer, 2010) e remete para um ambiente seguro baseado em comportamentos adequados e ações coerentes (A. Silva & Rosa, 2016).

Reflete assim, a personalidade da organização, as suas políticas, decisões, funcionamento e interação das pessoas, e pode ser abordada sob várias perspetivas “sociológica, antropológica, psicológica, de comportamento organizacional” APDH, 2015, p. 3). Abrange distintas prioridades desde a “gestão e supervisão, a comunicação e aprendizagem, a cooperação e o trabalho de equipa, os recursos humanos, o relato e a notificação dos eventos adversos, a satisfação profissional ou a percepção do risco” (Fernandes & Queirós, 2011, p. 39).

A cultura de segurança compreende as responsabilidades pessoais, as características dos recursos humanos tais como a formação e o desenvolvimento (Glendon & Stanton, 2000), as

experiências vivenciadas pelos membros da organização e as interpretações dessas experiências, que permanecem como orientação para as ações dos membros perante os riscos, acidentes e a sua prevenção (Richter & Koch, 2004). Envolve “os padrões comportamentais de indivíduos e grupos, que podem ser baseados nos seus valores e nas suas atitudes, e que determinam a maneira como vão exercer o seu trabalho” (Tomazoni, Rocha, Kusahara, Souza & Macedo, 2015, p. 161) e englobam as “práticas dos membros da organização em torno da disposição desta em detetar e aprender a partir dos erros” (Marinho et al., 2014, p. 582) onde todos “são responsáveis pelas consequências das suas ações” (C. Mendes & Barroso, 2014, p. 199).

Vogus, Sutcliffe e Weick (2010), validam a sua definição mediante a adoção de ações que permitam obter os resultados pretendidos (Figura 2).

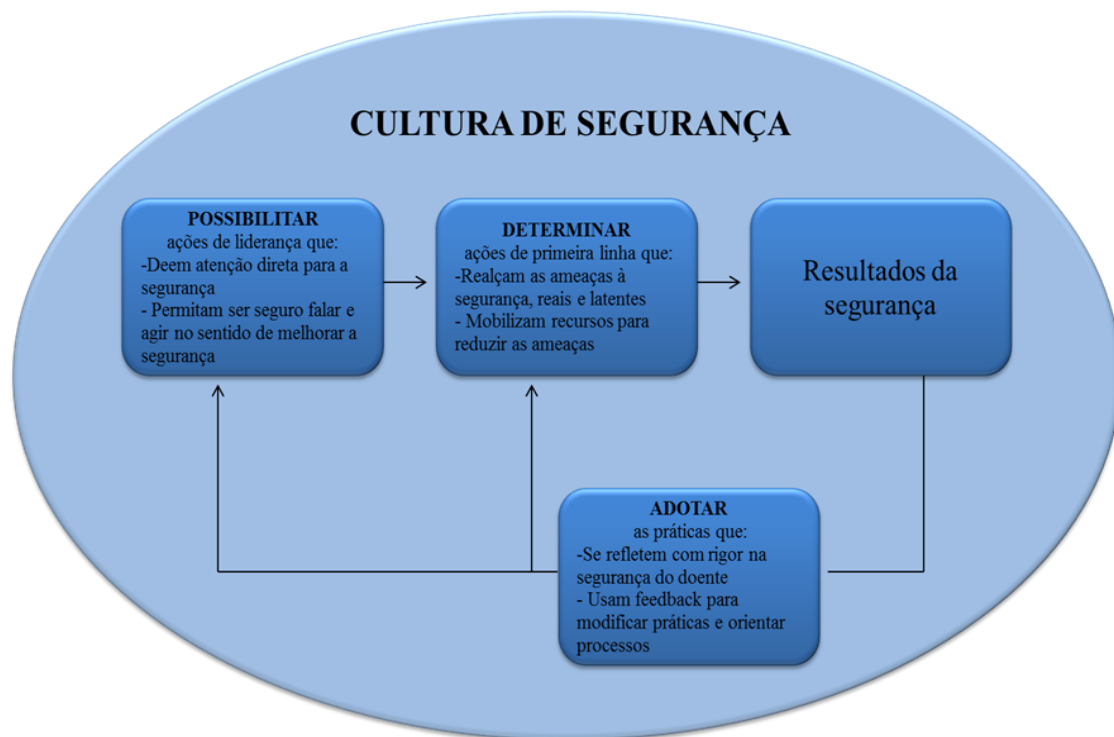


Figura 2. Cultura de segurança
(Adaptado de Vogus et al., 2010, p. 70)

São vários os autores que inferem sobre o conceito de cultura de segurança. Singer et al. (2003) evidenciaram sete componentes inerentes à mesma:

- Compromisso com a segurança articulada ao mais alto nível da organização traduzido em valores, crenças e normas de comportamento, partilhados a todos os níveis;

- Recursos necessários, incentivos e recompensas concedidos pela organização;
- Segurança valorizada como prioridade;
- Comunicação frequente e sincera a todos os níveis da organização;
- Existência de abertura sobre erros e problemas;
- Atos inseguros são escassos apesar dos elevados níveis de produção;
- Aprendizagem organizacional valorizada: a resposta a um problema concentra-se na melhoria do desempenho do sistema em detrimento da culpa individual.

Por sua vez, D. Cooper (2001) afirma que a cultura de segurança abrange a interação entre 3 aspetos que variam em intensidade e tempo mediante o contexto (Figura 3):

- 1- Percepções e atitudes: forma como as pessoas sentem a organização, relacionam-se com o indivíduo;
- 2 - Comportamentos e ações: o que as pessoas constroem na organização, relacionam-se com o trabalho;
- 3 - Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho: constituído por políticas, procedimentos, sistemas de controlo, fluxo de informações, entre outros. Relaciona-se com a organização.

Estes aspetos podem ser comparados diretamente, possibilitando a avaliação da cultura de segurança de forma significativa em diferentes níveis organizacionais (D. Cooper, 2000, 2001).

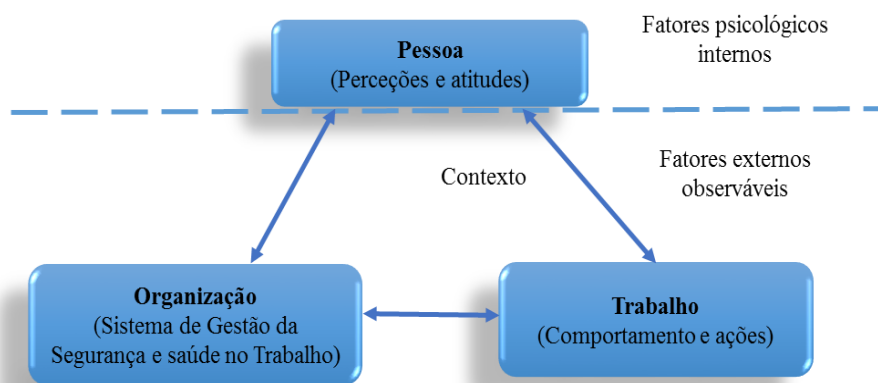


Figura 3. Modelo de interações recíprocas de cultura de segurança
(Adaptado de D. Cooper, 2000, 2001)

Uma organização, enquanto sistema, é composta por vários subsistemas que se inter-relacionam e inter-influenciam, pelo que, dentro de uma organização podem existir diferentes grupos com o seu próprio estilo de gestão e diferentes níveis de preocupação com a segurança. Assim, existem diferentes subculturas dentro de uma organização, Sammer, Lykens, Singh, Mains e Lackan (2010) identificam sete (Figura 4):

- Liderança (*Leadership*) - líderes interessados, empenhados e ativos em criar estratégias seguras que motivem os trabalhadores e os levem atingir objetivos.
- Trabalho em equipa (*Teamwork*) - espírito de grupo, colaboração, cooperação, motivação, confiança, respeito e interajuda confluem para a obtenção de objetivos.
- Baseada em evidências (*Evidence-Bas*) - a uniformização de atuação dos trabalhadores na execução dos mesmos procedimentos para cada situação permite reduzir o risco de dano.
- Comunicação (*Communication*) - comunicação aberta, partilhada, respeitosa, linguagem assertiva e estruturada, correta, sem omissões.
- Aprendizagem (*Learning*) - os erros permitem que a organização e os trabalhadores aprendam e tenham oportunidade de melhorar.
- Justa (*Just*) - ambiente justo, sem punição, com notificação dos erros.
- Centrado no doente (*Patient-Centred*) - o doente/família participa nas decisões dos seus cuidados, devidamente informados.

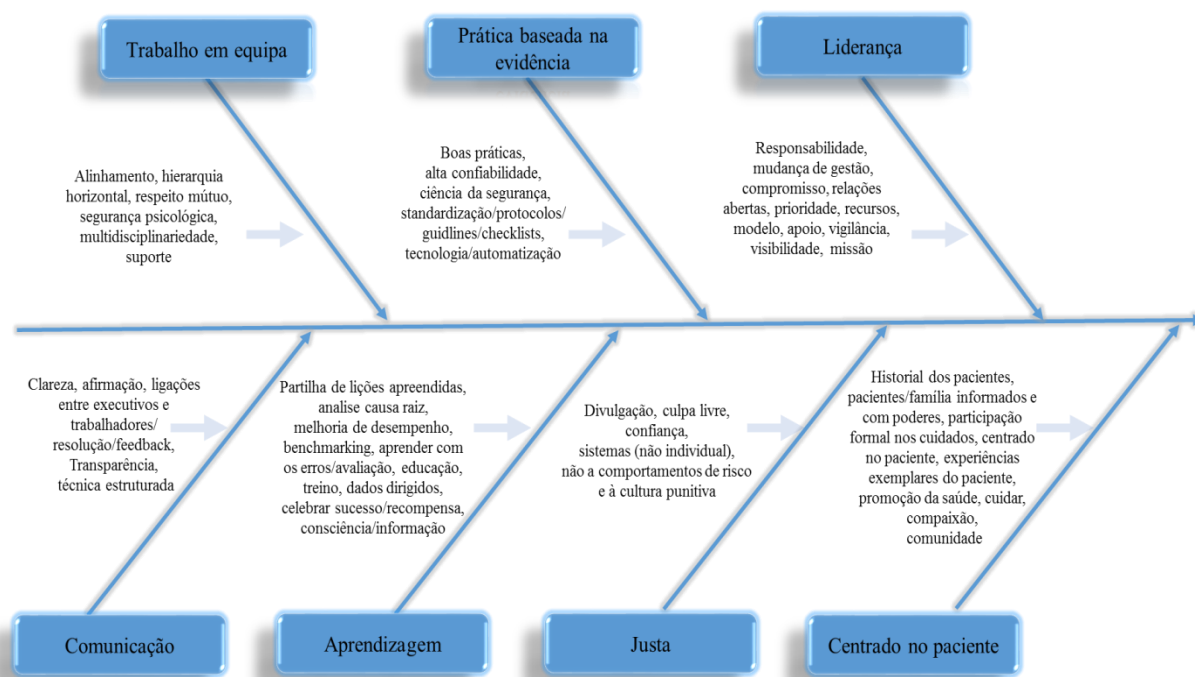


Figura 4. Representação das sete subculturas da cultura da segurança do doente

(Adaptado de Sammer et al., 2010, p. 158)

Na mesma linha de pensamento, Reason (1997) afirma que uma organização deve possuir distintas características no que refere à cultura de segurança:

- *Informed culture*: cultura com sistema de informação de segurança em que os gestores e trabalhadores têm um conhecimento atual sobre os fatores humanos, técnicos, organizacionais e ambientais que determinam a segurança do sistema como um todo;
- *Reporting culture*: cultura em que os trabalhadores comunicam os erros ou *near misses*;
- *Just culture*: cultura em que está presente uma atmosfera de confiança e os trabalhadores são motivados ou recompensados pela partilha de informações relacionadas com a segurança;
- *Flexive culture*: cultura que tem a capacidade de reconfigurar a estrutura organizacional perante um ambiente de trabalho dinâmico e exigente, com adaptação rápida às mudanças perante as circunstâncias.
- *Learning culture*: cultura de aprendizagem, em que as organizações estão prontas a aprender, mudar para melhorar continuamente.

Para a WHO (2009a), a cultura de segurança é constituída por diferentes componentes, abrangendo uma cultura de aprendizagem, de recolha, análise e divulgação de eventos

adversos, com um compromisso da gestão com a segurança, baseada numa gestão de risco e notificação de incidentes. A mesma organização, afirma que para alcançar uma cultura de segurança é necessário ultrapassar a barreira da crença da perfeição mediante o recurso ao treino (após um longo treino espera-se que os profissionais de saúde desempenhem a sua função adequadamente), e a tendência em estigmatizar e sancionar a falibilidade: erro equivale a incompetência (WHO, 2008a).

Para atingir uma cultura de segurança profissional, Sellers (2014) sustenta que são requeridos quatro subelementos culturais:

- Cultura justa, responsável e confiável: envolve o comportamento aceitável vs inaceitável, o tratamento adequado do erro, desenvolvimento do profissionalismo, respeito e responsabilidade.
- Cultura aberta e honesta, de comunicação e aprendizagem: desenvolvimento de um circuito fechado no processo de relatórios de notificação honesto e aberto, de planos de acção organizacional para resolver problemas identificados, e a assimilação de aprendizagens.
- Cultura de consciência de risco integrada e gestão de riscos: envolve a compreensão do conceito de identificação de perigos e gestão do risco ao nível das bases, inclui uma precaução saudável e a crença de que as pessoas e os sistemas não são infalíveis.
- Cultura de informação, cultura adaptável: é dirigida por uma equipa de gestão de segurança informada, com o objetivo de alcançar a melhoria contínua, com adaptação a novos desafios de segurança.

A cultura de segurança “residirá nos indivíduos e na organização, coligindo valores partilhados em equipa, de proatividade, de aprendizagem e de resiliência em relação às falhas, envolvendo o seu reporte sem culpa e aceitando o risco de falibilidade” (Fragata, 2011, p. 84).

Para Fragata (2011), o conceito, em contexto hospitalar, assenta nas seguintes vertentes:

- Valores partilhados sobre a segurança, em todo o hospital;
- Antecipação de eventos (controlo de risco);
- Cultura da não infalibilidade, de reportar eventos e aprender com os erros;
- Cultura de *no blame* (responsabilização sem culpa);
- Cultura *just*: desculpar erros mas punir as violações;

- Cultura de equipa e de aprendizagem.

Albrecht (2015), afirma que os principais atributos da cultura de segurança incluem a aceitação da responsabilidade por todos os trabalhadores, segurança como prioridade, incentivo e recompensas na identificação, comunicação e resolução de problemas, aprendizagem perante eventos adversos e a existência de recursos adequados e sistemas de segurança eficazes.

Na generalidade, apesar do conceito de cultura de segurança não ser consensual, integra aspetos comuns (A. Filho et al., 2011):

- Indivíduo: inclui os valores, crenças, atitudes e percepção dos indivíduos em relação à gestão da segurança do trabalho. Refletem o que a organização é.
- Trabalho: abrange o comportamento e ações do indivíduo em relação ao sistema de gestão da segurança do trabalho e aos riscos presentes no ambiente de trabalho.
- Organização: são as práticas e a estrutura da organização que conferem suporte ao indivíduo e ao sistema de gestão da segurança do trabalho. Reflete o que a organização tem.

A cultura de segurança não é integrada ou única e deve ser entendida num contexto específico sujeito a mudanças, podendo evoluir e passar por diferentes níveis. “Uma cultura de segurança em estágio avançado é um fator importante para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais” (A. Filho et al., 2011, p. 205).

O conceito de maturidade foi desenvolvido nos Estados Unidos pelo *Software Engineering Institute* (SEI), na década de 1980 (Fleming, 2001) com o intuito de proceder à avaliação da capacidade das empresas contratadas em desenvolver sistemas de informática (A. P. G. Filho et al., 2011). Posteriormente, foi adaptado para ser aplicado em diferentes áreas: na gestão de projetos, recursos humanos e qualidade (Fleming, 2001).

Fleming (2001), baseou-se no conceito de maturidade desenvolvido pelo SEI, para construir um modelo com cinco níveis: *emerging*, *managing*, *involving*, *cooperating* e *continually* (Figura 5). A progressão da organização é efetuada pelos níveis de maturidade, conduzindo ao fortalecimento dos pontos fortes e à eliminação dos pontos fracos do nível anterior.

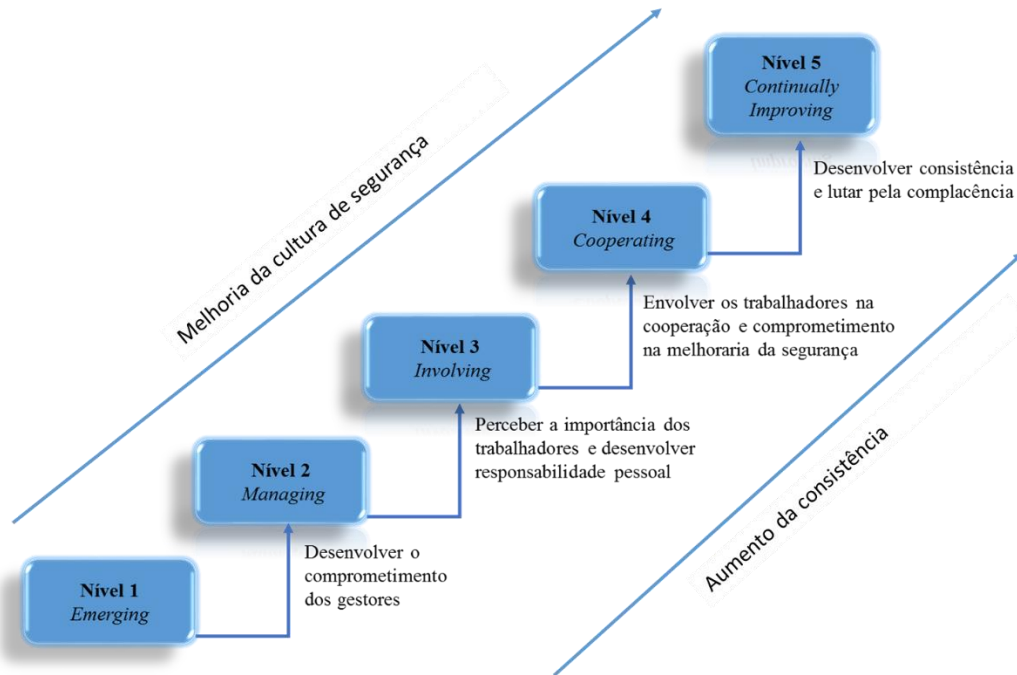


Figura 5. Representação dos níveis de maturidade
(Adaptado de Fleming, 2001)

O mesmo autor considera, que os níveis de maturidade são determinados perante o tratamento da organização de dez fatores fundamentais para a formação da cultura de segurança: comprometimento e visibilidade dos gestores; comunicação; produção Vs segurança; aprendizagem organizacional; recursos para segurança do trabalho; participação dos trabalhadores; percepção compartilhada dos trabalhadores sobre segurança do trabalho; confiança; treino e satisfação no trabalho.

Mediante o exposto e juntamente com o trabalho desenvolvido por Reason (1997), Hudson (2003) inferiu sobre cinco níveis de maturidade da cultura de segurança (Figura 6):

- Nível patológico (*Patological stage*) - Segurança surge como um problema originado pelos trabalhadores, a preocupação traduz-se por não ser descoberto por agentes reguladores.
- Nível reativo (*Reactive stage*) - As acções da organização são realizadas só após a ocorrência de acidentes, não são sistemáticas, surgem para remediar a situação.
- Nível calculativo (*Calculative stage*) - A organização tem um sistema de gestão de riscos sem visão sistémica. As acções estão direccionadas para quantificar riscos.
- Nível proativo (*Proactive stage*) - Antecipa-se os problemas antes que eles ocorram. O líder da organização conduz a melhorias contínuas para a saúde, segurança e meio ambiente.

- Nível construtivo (*Generative stage*) - Existe um sistema integrado de saúde, segurança e meio ambiente, no qual a organização se baseia e orienta para realizar a sua atividade, numa procura constante em controlar os riscos, com a participação ativa dos trabalhadores. Abrange uma descrição alternativa da organização alta confiabilidade.

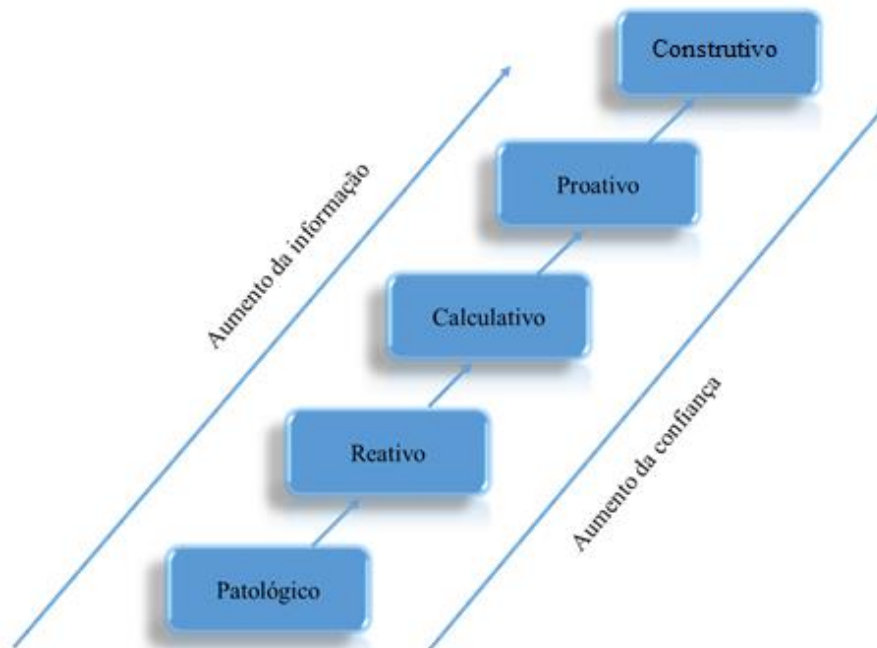


Figura 6. Modelo de maturidade da cultura de segurança
(Adaptado de Hudson, 2003)

Westrum (2004) também se pronunciou sobre os níveis de cultura de segurança e definiu-os com base em observações do processo do fluxo de informação na organização:

- Cultura patológica (*Pathological culture*) - a informação é mantida ou usada como vantagem pessoal dentro da organização (utilizada como força política).
- Cultura burocrática (*Bureocratic culture*) - a informação flui através de canais ou procedimentos formais e surge com frequência insuficiente em momentos de crise;
- Cultura construtiva (*Generative culture*) - a informação flui para a pessoa certa, no momento certo e da forma correta.

Perante as diferentes características e níveis de maturidade, é objetivo comum das organizações alcançar um nível de fiabilidade considerável - Organizações de Alta Fiabilidade. A falibilidade deve-se à dimensão humana da atividade pois envolve doentes e

prestadores, também eles humanos, inseridos em organizações complexas com inúmeras interdependências (Fragata, 2011).

Para alcançar uma cultura de segurança eficaz nas organizações de saúde, é necessário adotar uma postura de mudança dos profissionais perante o seu trabalho e a implementação de sistemas de gestão da segurança adequados e produtivos. São notórias as investigações de três tipos de organizações de alta confiabilidade (*high reliability organisations*): marinha dos Estados Unidos da América, centrais de energia nuclear e centros de controlo aéreo (Fragata, 2011; Reason, 2000).

As organizações consideradas de elevada fiabilidade, possuem credibilidade, qualidade, confiança e capacidade em preservar o seu funcionamento em circunstâncias inesperadas, de rotina e hostilidade. Estão constantemente preocupadas com a possibilidade da existência de falhas, não estão imunes à ocorrência de eventos adversos e aprenderam a aumentar a resiliência do sistema transformando os recuos ocasionais perante crises, numa capacidade de se organizarem, reconfigurarem e proporcionarem respostas em tempo útil. As questões de segurança não são unicamente relacionadas com a prevenção de falhas isoladas, mas sobretudo em constituir um sistema robusto e funcionante perante a ocorrência de erros, inerente a um ambiente livre, sem culpabilização e com envolvimento de todos nas práticas de segurança (Reason, 2000).

Funcionam diariamente sob altos níveis de complexidade e riscos, e têm a capacidade de desenvolver habilidades para converter os eventos adversos em resistência inerente a uma melhoria do sistema (F. Lima, 2014; Hughes, 2008a).

As organizações enquanto entidades vivas e dinâmicas, devem possuir capacidade de se renovarem, inovarem, aprenderem, ajustarem-se às mudanças, transformar informação em conhecimento e solucionar problemas. O setor da saúde ainda se encontra distante destes modelos, está numa posição díspar e numa fase de desenvolvimento inicial. No entanto, as investigações efetuadas a organizações consideradas *high reliability organisations* foram fundamentais e serviram de inspiração na aprendizagem organizacional na área da saúde (Fragata, 2011).

2.1.1. Modelos teóricos explicativos da cultura de segurança

São vários os autores que elaboraram modelos teóricos explicativos para fundamentar a implementação do conceito da cultura de segurança. Não existe um modelo unânime, mas sim uma reciprocidade dinâmica entre fatores psicológicos, comportamentais e situacionais como alicerces da cultura de segurança.

Reason (2000), afirma que a ocorrência de erros/acidentes no sistema resultam de uma cadeia de causas, uma sequência de falhas ativas e condições latentes que se alinham sem defesas provocando dano nos doentes - modelo do queijo suíço - *Swiss Cheese Model* (Figura 7), onde os *buracos* existentes nas defesas ocorrem por:

- Falhas ativas: atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o doente ou sistema. As consequências são visíveis e quase imediatas e podem refletir uma variedade de formas: deslizamentos, lapsos, erros e violações processuais;
- Condições latentes: podem estar latentes dentro do sistema durante anos, e resultam de ações/decisões exercidas a um nível superior da estrutura do sistema. Essas decisões estratégicas têm o potencial de introduzir agentes patogênicos no sistema e têm efeitos adversos: podem traduzir-se em erro ou originar *buracos* duradouros ou pontos fracos na defesa. Ao contrário das falhas ativas, que são mais difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência do evento adverso.

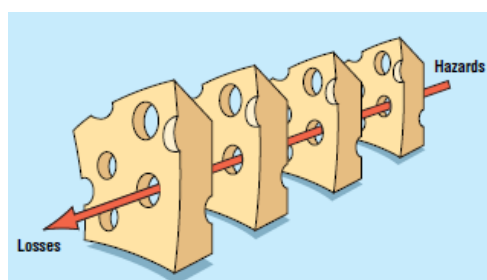


Figura 7. Modelo do queijo suíço
(Reason, 2000)

Esquemáticamente, cada camada de defesa seria intacta, no entanto, ela é comparada a fatias de queijo suíço com muitos buracos, que estão constantemente a abrir e a fechar, e a mudar de localização. A presença de orifícios numa camada não ocasiona danos, isso acontece quando os buracos em diversas camadas momentaneamente alinhadas permitem uma trajetória e oportunidade para a ocorrência de acidente/risco para o doente (Reason, 2000).

Reason (2004), desenvolveu ainda o Modelo dos Três Baldes - *Three Bucket Model* (Figura 8) que permite compreender o erro, as suas causas, e incrementar a sua vigilância em situações de maior suscetibilidade. Os três baldes correspondem a três fatores que afetam o desempenho e a possibilidade de ocorrência de erro: a pessoa, o contexto e a tarefa.

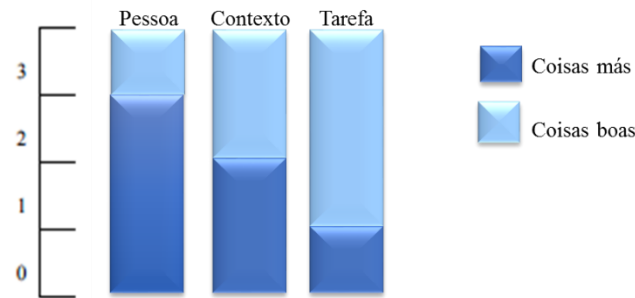


Figura 8. Modelo da probabilidade do erro ou Modelo dos Três Baldes
(Adptado de Reason, 2004, p. ii32)

O autor demonstra, que o erro ou ato inseguro surge proporcionalmente à quantidade de *coisas más* existentes nos três baldes. Afirma que os baldes repletos de *coisas más* não garantem a ocorrência de um ato inseguro, e os vazios, não garantem atos seguros, estando assim, perante probabilidades e não de certezas.

Do mesmo modo, as fases etiológicas no desenvolvimento de um acidente organizacional foram evidenciadas por Reason (2005) onde realça: a organização, o local de trabalho, os trabalhadores, as defesas e os resultados (Figura 9).

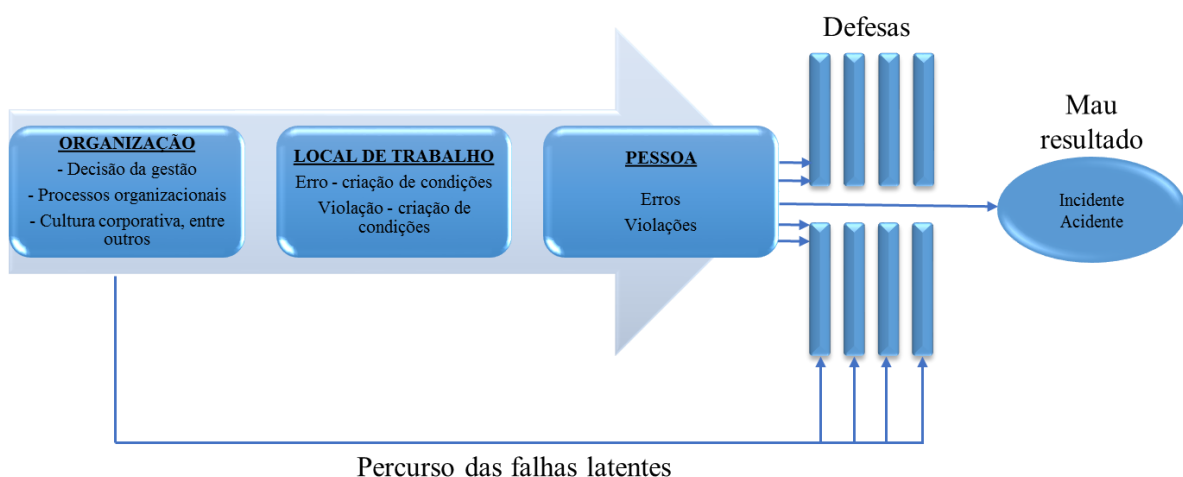


Figura 9. Fases etiológicas no desenvolvimento de um acidente organizacional
(Adaptados de Reason, 2005, p.59)

A Figura 9, evidencia que o acidente tem início em processos organizacionais nefastos, efetuando um percurso que abrange o local de trabalho e os trabalhadores. As falhas latentes são transmitidas mediante um percurso organizacional até ao local de trabalho onde existem condições locais que levam à ocorrência de erros e violações. Os atos inseguros têm probabilidade de ocorrer, mas são poucos os que atravessam as defesas produzindo dano ao doente.

Os ideais defendidos por Reason serviram de alicerce a vários investigadores. Primeiramente, a Força Aérea dos Estados Unidos usou na investigação de fatores humanos da aviação, a *Human Factors Analysis and Classification System*, e enumerou quatro níveis de falhas (Figura 10). Posteriormente, esta foi desenvolvida por Shappell e Wiegmann (2000), com base no modelo do queijo suíço de James Reason, para compreender os fatores causais subjacentes que conduzem à ocorrência de acidentes e não à culpabilização, obtendo uma ferramenta que permite colaborar no processo de investigação, orientação dos esforços de formação e prevenção.

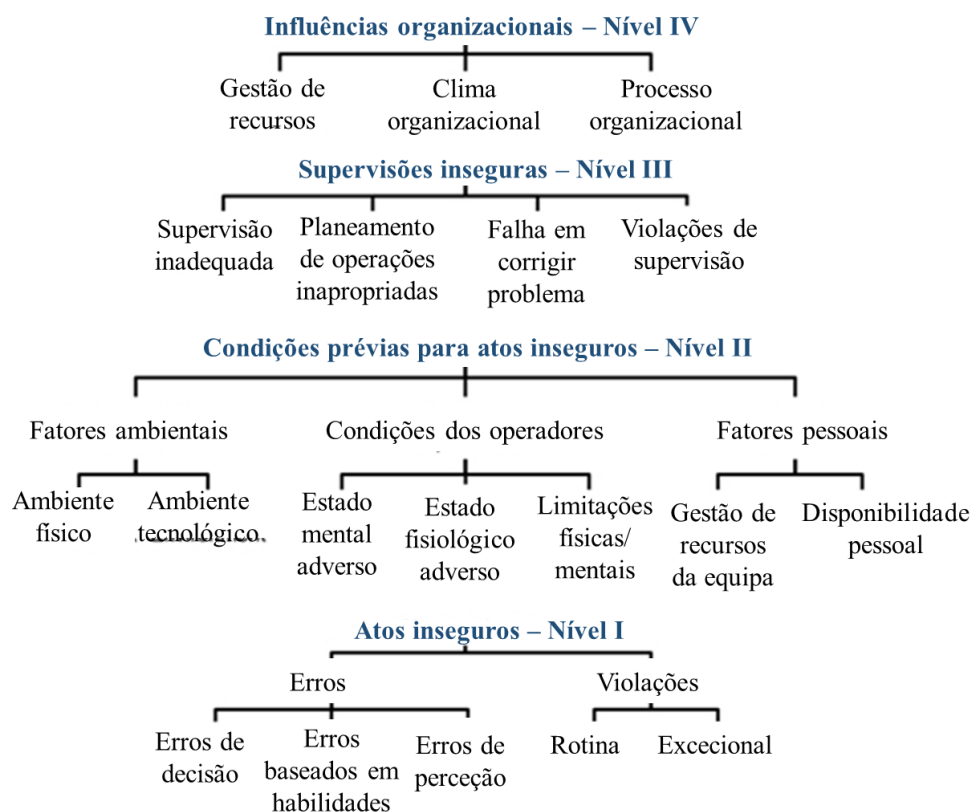


Figura 10. Representação dos quatro níveis de falhas proposto pela Human Factors Analysis and Classification System

(Adaptado de Shappell & Wiegmann, 2000, p.3)

Na Figura 10, verifica-se que dentro de cada nível, existem categorias que identificam falhas ativas e latentes. Na eventualidade de pelo menos uma falha ocorrer em cada nível, vai conduzir a um evento adverso. Se em qualquer momento uma das falhas for corrigida, o evento adverso será impedido. Os autores enfatizam o papel organizacional bem como as variáveis individuais, em que estas últimas apresentam desvantagens para a prevenção de acidentes, pois focam os erros nas pessoas, que são culpadas pelas falhas resultantes, quer seja por esquecimento, falta de atenção, instabilidade moral, entre outros (Shappell & Wiegmann, 2000).

Outra contribuição para a compreensão dos eventos adversos, foi o Modelo SHELL (Figura 11), desenvolvido por Edwards, em 1972, e modificado por Hawkins, em 1975, é traduzido mediante a apresentação de blocos com iniciais (International Civil Aviation Organization [ICAO], 2003)

S - *Software*: suporte lógico, regras e procedimentos,

H - *Hardware*: equipamento e máquina,

E - *Environment*: ambiente, contexto físico e social de trabalho,

L - *Liveware*: elemento humano.

As áreas de contato entre os componentes do modelo não são simples e retas, se existe uma falha nessa combinação poderá ser uma importante fonte de erro humano.



Figura 11. Modelo SHELL
(ICAO, 2003, p.7)

O homem (*liveware*) surge como o elemento central, mais crítico e flexível no sistema. As interfaces das componentes: S, H, E, L são vinculadas ao componente L e devem adaptar-se e ajustar-se a ele. Apesar das pessoas estarem sujeitas a variações em termos de desempenho e sofrerem muitas limitações, grande parte desses fatores são previsíveis ICAO, 2003).

Nesta representação são visíveis as interações:

- *Liveware-Liveware*: Interface entre pessoas e outras pessoas. Existem interações de liderança, cooperação, trabalho em equipa e de personalidade,
- *Liveware-Software*: Interface entre pessoas e o *software* (leis, regras, regulamentos, decisões, procedimentos operacionais, padrões, costumes e convenções),
- *Liveware-hardware*: Interface entre pessoas e o *hardware*. É mais comum ser considerada quando se fala de sistemas homem-máquina,
- *Liveware-Environment*: Interface entre pessoas e o meio ambiente.

A ICAO fez uso do modelo SHELL, otimizando-o para uma versão mais extensa - SCHELL (Civil Aviation Safety Authority, 2012):

- S: *software*: procedimentos e outros aspetos do projeto de trabalho,
- C: *culture*: cultura organizacional e nacional que influencia as interações,
- H: *hardware*: equipamento, ferramentas e tecnologia utilizada no trabalho,
- E: *environment*: meio ambiente: condições ambientais onde se desenvolve o trabalho,
- L: *liveware*: aspetos humanos do sistema de trabalho,
- L: *liveware*: inter-relações entre humanos no trabalho.

A investigação dos fatores humanos na aviação, por Robert Helmreich, através do modelo de gestão da ameaça e do erro deixou transparecer essa realidade para a área da medicina, nomeadamente para o bloco operatório. Considerando que tanto os pilotos como os médicos têm áreas de problemas interpessoais em comum e semelhanças na cultura profissional, trabalham ambos no âmago de ambientes complexos onde as equipas interagem com tecnologia, o risco oscila com ameaças que provêm de uma variedade de fatores ambientais e a segurança é primordial (Helmreich, 2000). O autor afirma que os erros são resultado de limitações humanas fisiológicas e psicológicas, que abrangem: a fadiga, a carga de trabalho física e psicológica, o medo, a comunicação deficiente e interpessoal, o processamento incorreto de informação e decisões falhadas (Figura 12).

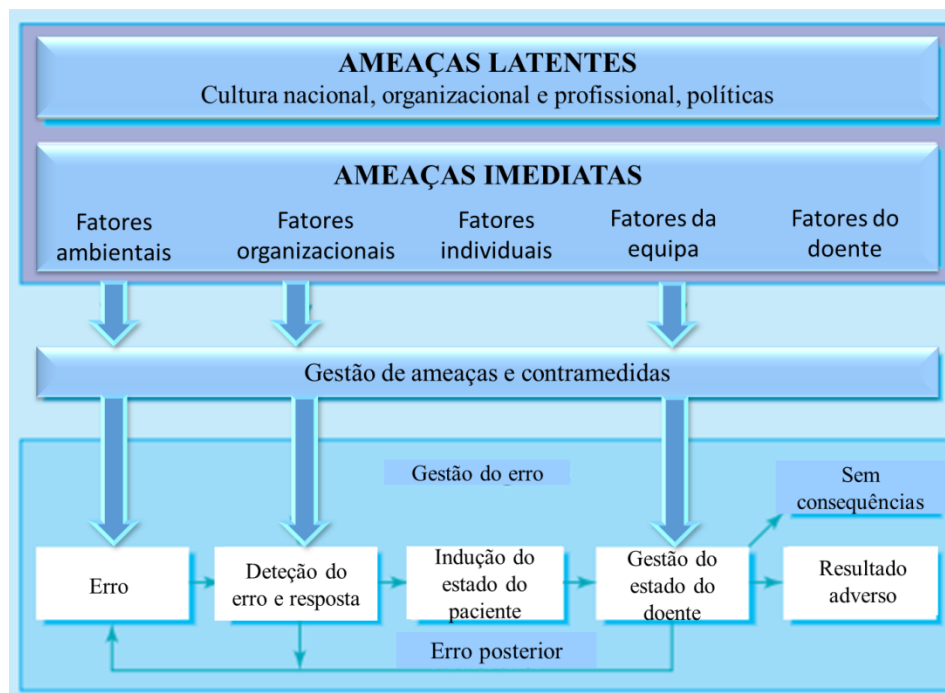


Figura 12. Modelo de gestão da ameaça e do erro por Robert Helmreich
(Adptado de Helmreich, 2000, p. 783)

Para além dos referidos, existem diversos modelos e teorias explicativas da ocorrência de eventos adversos, das quais se destacam (Tabela 1).

Tabela 1. Modelos e teorias explicativas da ocorrência de eventos adversos

Teoria/Modelo	Características
Teoria do Dominó	Acidentes ocorrem devido a fatores humanos e a sua prevenção passa pelo controlo dos comportamentos individuais dos trabalhadores.
Modelo epidemiológico dos acidentes	Compreende os acidentes mediante a observação das causas da origem de eventos (dados estatísticos), dependentes da interação entre o indivíduo, agente ou objeto agressivo e fatores ambientais. O comportamento de determinada população (incidências e regularidades) é o fator subjacente para a elaboração de estratégias e políticas de prevenção.
Modelo do período de incubação do acidente	Os acidentes ocorrem devido à existência de uma fonte de energia com potencial destrutivo e só é possível a sua prevenção mediante a aprendizagem organizacional, a recolha e partilha de informação sobre perigos e riscos.
Modelo dos acidentes “normais”	As organizações que possuem sistemas tecnológicos ultra-complexos não dispõem de condições para eliminar todos os acidentes, embora tenham uma frequência reduzida. Os acidentes surgem como um acontecimento “normal” devido à alta complexidade dos sistemas, às suas características não-lineares e às suas ligações e interações próximas. Os acidentes são acontecimentos inevitáveis e a sua prevenção torna-se impossível de realizar. A experiência de acidentes anteriores pouco acrescenta à prevenção de futuros, pois o alinhamento das suas causas é singular e quase irrepetível.
Modelo dos acidentes organizacionais	Os acidentes organizacionais resultam de uma fonte de energia descontrolada que conseguiu atravessar um conjunto de barreiras (a violação das barreiras pode ter origem em fatores humanos, técnicos ou organizacionais).

Adaptado de Areosa, 2009, p.62

2.1.2. Fatores associados à cultura de segurança

À prestação de cuidados de saúde estão associados diversos fatores: pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos (Donaldson & Philip, 2004) que interagem entre si e levam à ocorrência de erros. Os mesmos só podem ser devidamente compreendidos no seu contexto (Vincent, 2012) e o hospital é considerado entre as organizações existentes, uma das mais complexas (A. Silva & Rosa, 2016), onde a atividade laboral é caracterizada pela excessiva carga de trabalho, situações limitantes, alto nível de tensão, e de riscos para os profissionais e para os que o rodeiam (Paschoalini, Oliveira, Frigério, Dias & Santos, 2008).

Reason (2000), identificou duas abordagens ao erro: a abordagem individual (responsabiliza os profissionais periféricos que prestam cuidados diretos ao doente, em que a avaliação de cada erro é realizada isoladamente, e as pessoas são consideradas livres de escolher entre comportamentos seguros e inseguros, e os erros surgem de processos mentais como o esquecimento, falta de motivação, descuido, negligência ou imprudência, neste sentido as medidas tomadas incluem medidas disciplinares), e a abordagem sistémica (os seres humanos são falíveis e os erros são esperados, são considerados consequência e não a causa, a sua origem advém de fatores sistémicos e não da natureza humana, pelo que as condições de trabalho devem sofrer melhorias no sentido de prevenir o erro).

Donaldson e Philip (2004), evidenciam os fatores sistémicos que incluem a estratégia, a cultura da organização, as práticas de trabalho, a prevenção de riscos, a capacidade de aprender com os fracassos e a abordagem à gestão da qualidade. Esta última surge como elemento fundamental (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro) estruturante, indissociável e atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde mundiais (Gama & Hernández, 2013; O. Ribeiro et al., 2014, p. 176).

Por sua vez, Lage (2010) destaca os fatores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos), fatores contributivos (local, tarefa, doente, indivíduo, equipa), problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos violações, atos inseguros) e as defesas e barreiras do sistema. Em contrapartida, Uva, Sousa e Serranheira (2010) realçam as características individuais (e.g. experiência profissional), como também os aspetos organizacionais e técnicos, climas organizacionais e ambientais de trabalho.

Carneiro (2010), identifica como fatores contribuintes para a ocorrência de erros:

- Institucionais: regulamentação e aspetos legais;
- Organização e gestão: recursos financeiros, políticas e cultura de segurança;
- Ambiente de trabalho: capacidades do pessoal, padrões de comportamento, características dos equipamentos e suporte administrativo;
- Grupo de trabalho: tipo de comunicação, liderança e supervisão;
- Tarefa em si: existência de protocolos e resultados dos testes de avaliação;
- Características dos doentes: complexidade e gravidade da doença, comunicação e fatores pessoais e sociais.

A OMS (2009), salienta os fatores externos (fora do controlo da estrutura ou da organização) e profissionais (defeito cognitivo ou de comportamento, défice no trabalho em equipa ou comunicação inadequada). Remete para uma ferramenta de investigação, designada *modelo de espinha de peixe* para identificar os fatores que contribuem para o evento: fatores da organização, individuais, do doente, da tarefa, condições de trabalho, equipamentos e recursos, comunicação, educação e treino (WHO, 2010).

Em cada incidente as falhas são múltiplas e simultâneas, tanto podem ser originadas no sistema (latentes) como na ação dos profissionais (ativas). A análise das causas não deve estar “centrada no profissional que erra mas sim nos mecanismos dos erros, nos fatores contributivos e nas falhas do sistema suscetíveis de melhoria” (Lage, 2010, p. 14). O *Institute of Medicine* (IoM) partilha a mesma opinião e afirma que a ocorrência de eventos adversos surge não por responsabilidade única e direta dos profissionais, mas devido ao contexto sistémico-organizacional em que estão inseridos (Fragata, 2011), resultante de falhas nos sistemas e nos processos (Hughes, 2008b).

Vincent (2012), estabeleceu uma relação entre as causas e os fatores envolvidos na ocorrência de eventos adversos especificamente na área da saúde:

- Contexto institucional: a própria organização é afetada pelo contexto institucional (restrições financeiras, órgãos reguladores externos e economia);
- Fatores organizacionais/gestão: decisões do superior hierárquico, formação contínua, supervisão e disponibilidade de recursos;

- Ambiente de trabalho: recursos humanos e materiais, turnos, equipamento, ambiente físico;
- Equipa: comunicação, apoio, supervisão e liderança;
- Fatores individuais: competência, conhecimento, experiência e motivação;
- Fatores de tarefa: protocolos e procedimentos;
- Complexidade do doente: gravidade do doente, barreiras de comunicação e/ou fatores sociais.

Rooney, Heuvel e Lorenzo (2002) identificaram parâmetros relacionados com fatores externos (organizacionais), que têm influência sobre o desempenho do trabalhador:

- Características arquitetónicas;
- Ambiente: temperatura, humidade, qualidade do ar, luz, ruído, vibrações e limpeza geral;
- Horas de trabalho e de descanso;
- Rotatividade dos turnos;
- Disponibilidade/adequação de equipamentos, ferramentas ou materiais;
- Dotações;
- Estrutura organizacional: autoridade, responsabilidade ou canais de comunicação;
- Ações dos supervisores, colegas de trabalho ou outro pessoal;
- Políticas da instituição.

As estratégias para melhorar os processos e reduzir os erros, para Muiño Miguez et al. (2007), classificam-se: em reduzir a complexidade, otimizar a informação, automatização e implementar inovações com precaução.

Os erros evitáveis são direcionados por meio de estratégias-chave, tais como trabalho em equipa e comunicação, eficazes, prestação de cuidados centrados no doente, e o uso de práticas baseadas em evidências, com o objetivo de gerir a incerteza e atingir uma melhoria contínua (Hughes, 2008a).

Bonato (2011), destaca nos fatores humanos a personalidade resistente, que engloba o conjunto de características humanas individuais que quando interagem com elementos do ambiente, da organização, equipamentos, tarefa, influenciam os comportamentos de

segurança. Fragata (2011), defende que 60% da responsabilidade da ocorrência do erro é do indivíduo e equipa, 30% do sistema e cerca de 10% se deve ao acaso.

2.1.2.1. *Fatores humanos*

“Um aspeto transversal ao exercício dos cuidados de saúde é a sua humanidade (...) trata-se de atos exercidos por humanos e recaindo sobre humanos” (Fragata, 2011, p. 9). A falibilidade relativa à prestação de cuidados de saúde é denotada pela dimensão humana da atividade, pois envolve doentes e prestadores, também eles humanos (Fragata, 2011), no contexto da organização hospitalar que é a mais complexa das organizações humanas (Pinheiro & Junior, 2017).

A definição mais ampla de fatores humanos é a do *Health and Safety Executive*, em que o conceito de humano abrange fatores ambientais, organizacionais e de trabalho, em que as características humanas e individuais influenciam o comportamento no trabalho podendo afetar a saúde e a segurança. Os fatores humanos englobam:

- Indivíduo: competência, capacidade técnica, personalidade, atitude e perceção de risco;
- Organização: padrão de trabalho, cultura no local de trabalho, comunicação e liderança;
- Tarefa: natureza e carga do trabalho, ambiente, desenho de equipamentos e procedimentos.

Com o envolvimento diário e constante do profissional com a frustração e o desajuste entre as expectativas e as motivações individuais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer, instala-se um stresse situacional crónico (Maslach, 2003). Segundo C. Cooper (1998), no leque dos agentes capazes de provocar stresse surgem as condições laborais, o relacionamento pessoal e interpessoal, características da personalidade, o tipo de instituição, especificidade das funções desempenhadas, liderança e o contexto social e económico.

O desgaste do organismo, provoca alterações psicofisiológicas, que ocorrem quando o ser humano é obrigado a enfrentar situações de stresse que causem excitação, irritação, medo ou até instigar felicidade (Pafaro & Martino, 2004). O sinónimo de frustração, cansaço, dificuldade, ansiedade, falta de suporte familiar/social e desmotivação é para outros autores a definição de stresse (Schmidt, Dantas, Marziale & Laus, 2009).

Para Carneiro (2010), as falhas surgem na execução de tarefas automáticas, rotineiras, onde existe excesso de confiança na memória, processos não padronizados, turnos de trabalho extensos, carga de trabalho excessiva e disponibilidade de informação inconsistente. A fadiga também é identificada por Nogueira e Rodrigues (2015) como origem de distrações.

As falhas, omissões e erros são atribuídos a processos mentais (falta de atenção e de cuidado, baixo nível motivacional e emocional) inculcando total responsabilidade ao indivíduo na sua condição de trabalhador. Existe uma tendência forte para considerar que os atos inseguros são cometidos porque os indivíduos optaram por ações inseguras (Fragata, 2011). Cuidados de saúde inseguros resultam num aumento da morbidade/mortalidade (F. Lima, 2014).

Todos estes fatores e situações, predispõem os trabalhadores a uma diminuição de autonomia, maior sobrecarga de trabalho, aumento da pressão não só a nível físico como psíquico. É através destas circunstâncias que surge a frustração e a tensão emocional que leva ao aumento do stresse laboral e ao desgaste profissional (Rodríguez Carvajal & Rivas Herмосilla, 2011).

O trabalho por turnos, a má qualidade do sono, a prevalência de insónia, o tipo de atividades profissionais e relações pessoais, fatores ou indicadores de risco identificados na fisiopatologia, comportamentos ou estilos de vida, condicionalismos a nível laboral, insatisfação no/ou com o trabalho, carga de trabalho e ainda todos os fatores inerentes à psicopatologia como o humor, são características e fatores referidos por Doi (2005).

No ambiente laboral, são fatores importantes, o apoio social, a avaliação de desempenho, a autonomia, a motivação, a aprendizagem, o envolvimento e compromisso com o trabalho, esforços cognitivos, formação contínua nas mais variadas áreas de atuação e comportamentais (Salanova, Bakker & Llorens, 2006). O vigor, a resistência mental, a energia, a dedicação em contexto de trabalho são identificados por Schaufeli, Salanova, González-Romá e Bakker (2002).

Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz e Rodríguez-Carvajal (2011) referem que características como o otimismo, personalidade resistente, competências emocionais tornam-se recursos fulcrais e influenciam a forma como os profissionais interagem com o ambiente laboral. Referem os autores que os profissionais detentores destas características são mais motivados, com maior vigor e mais dedicados. A satisfação profissional surge como principal área de investigação quer por razões históricas (valorização progressiva da qualidade de vida

no trabalho e do desenvolvimento pessoal), quer por razões de caráter funcional (pelo valor intrínseco, e relação com outras variáveis: produtividade, absentismo, abandono).

De realçar, que quando se infere sobre fatores humanos, é fundamental analisar o indivíduo como um só, e em grupo como equipa. Individualmente, as competências, o conhecimento e experiência desenvolvida, a capacidade de avaliar o desempenho e adaptar ações, são fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos. As várias personalidades que integram uma equipa proporcionam: interação, novas reflexões, mudanças e ajustes nos processos de execução e uma menor resistência à mudança, pelo que o trabalho em equipa, tem objetivos comuns por parte dos seus constituintes. Fragata (2011) entende como características fundamentais numa equipa:

- Sintonia de objetivos e metodologias,
- Multi e interdisciplinaridade,
- Prioridade de tarefas,
- Perceção global em todos os momentos,
- Monitorização, entre si, do trabalho de cada membro,
- Aprendizagem conjunta,
- Comunicação fácil e efetiva,
- Respeito recíproco entre todos os membros,
- Liderança adequada.

Estes aspetos fazem da organização, eficiente, capaz de avaliar a qualquer momento a sua prestação e ajustar para que o objetivo comum seja atingido de forma harmoniosa e sem qualquer tipo de evento adverso. A liderança surge como base da estrutura de uma equipa, o líder, deve ser escolhido por grau de competência para que os restantes elementos tenham uma base sólida em que confiem e reconheçam valor (Fragata, 2011).

Diariamente, os profissionais de saúde na atividade profissional, encontram-se perante uma grande diversidade de tarefas, que constituem desafios, que por vezes se transformam em dificuldades e obstáculos. A forma como são ultrapassados, a sua execução e os resultados obtidos possibilita a aquisição de informações sobre as capacidades, desempenho, competências e potenciais de cada profissional, permitindo reforçar, reformular, a imagem de

si próprio, integrada na personalidade (M. Ramos, 2001). Quando os profissionais não conseguem arranjar estratégias eficazes para lidar com situações adversas, acabam por apresentar um cansaço físico e emocional.

Assim, perante situações que causem stresse, cada indivíduo age de forma diferente, as características da personalidade podem permitir um melhor ou pior enfrentamento ao stresse, influenciando de maneira positiva ou negativa as atividades de trabalho (R. Silva, Batista & Grazziano, 2014). A resiliência surge como a capacidade de recuperação, resistência, flexibilidade e adaptabilidade (Fragata, 2011).

A personalidade sofre alterações ao longo da vida, recriando-se e transformando-se em função das relações e transações nas diferentes dimensões da vida do indivíduo, pelo que se vai contruindo de uma forma contínua ao longo da vida. Não é unicamente o produto de elementos biológicos ou sociais, abrangendo ainda a interação dos fatores inatos (hereditariedade, carácter, entre outros) e dos fatores adquiridos (Hall, Lindzey & Campbell, 2000). O conceito de personalidade resistente manifesta-se das mais variadas formas e reside na individualidade de cada um.

Os primeiros estudos sobre a resiliência surgiram devido à experiência de pessoas que sobreviveram a situações traumáticas, que conseguiram vencê-las e saíram fortalecidas (Anjos & Astorga, 2016). A resiliência abrange um leque variado de respostas adaptativas que o indivíduo instintivamente, ou de forma pensada, executa perante situações de risco que, em contexto hospitalar, se tornam mais relevantes devido à sua dimensão holística (psíquica, física, social, familiar, pessoal) e a sua alteração perante uma que altera todas as outras de forma drástica e com peso negativo, a doença (Bianchini & Dell’Aglia, 2006).

A personalidade resistente é aquela que resiste aos conflitos e aos problemas que põem em perigo ou ameaçam o bem-estar, perante o acontecimento, as pessoas aprendem e saem transformadas positivamente pela experiência (Anjos & Astorga, 2016).

O facto do profissional de saúde apresentar uma personalidade resistente reflete a capacidade de enfrentar situações stressantes, contribuindo para bons desempenhos: quer profissional, pessoal, melhor relacionamento interpessoal, auto-estima elevada, melhor controlo emocional, menor risco do desenvolvimento de doenças relacionadas como stresse e melhor qualidade de vida geral (R. Silva et al., 2014).

Surge, na década de 80, o primeiro modelo que estabelece o conceito de personalidade resistente, definido por três dimensões (Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang & González, 2008; Kobasa, 1982):

- Compromisso ou envolvimento: é uma qualidade que evidencia a importância do reconhecimento pessoal, ou coletivo, dá importância aos objetivos delineados e à capacidade decisão mantendo os valores. É aplicável a todas as atividades de vida identificando-se com o próprio trabalho. Todo o indivíduo detentor desta característica possui o desejo e tem habilidades para enfrentar com sucesso situações stressantes;
- Controlo: o indivíduo com esta característica, tem a capacidade de prever e retirar consequências positivas da maioria das situações ou acontecimentos stressantes, sentem-se capacitados para pensar e atuar com convicção de que podem manipular os estímulos em benefício próprio, intervindo no decurso dos acontecimentos, e influenciar as consequências através de habilidades e escolhas;
- Desafio: a mudança é percecionada como uma oportunidade para gerar aumento de habilidades, de competências próprias e crescimento pessoal, facultando ao indivíduo flexibilidade a nível cognitivo, desmistificando a duplicidade da ameaça da mudança que é habitual na história e no ciclo da vida. Os estímulos stressantes não são encarados como ameaça, mas sim como desafio.

Com a análise da personalidade resistente e as suas dimensões (controlo, compromisso e desafio) pretende-se compreender a relação da pessoa com os outros, com os objetivos, com as situações que impliquem mudança e com situações laborais difíceis (Garrosa et al., 2011; Maddi et al., 2006).

2.1.3. Da cultura de segurança à segurança do doente

“Um sistema de produção e organização, não é sustentável quando o ambiente em que os trabalhadores exercem as suas atividades não é seguro e saudável, causa mortes, mutilações e doenças da força de trabalho” (A. Filho et al., 2011, p. 206).

Devido ao aumento da complexidade das organizações de saúde (Sousa, 2006), ao contínuo desenvolvimento tecnológico dos meios de diagnóstico e terapêuticos que se tornaram mais ativos e invasivos, contribuindo para o aumento de danos colaterais por falhas humanas ou

erros do sistema (Fragata, 2011), a cultura de segurança do doente surge como prioridade e preocupação internacional (Sorra & Dyer, 2010).

A prestação de cuidados de saúde pode causar danos colaterais nos doentes, em “cem internamentos hospitalares, ocorrem em média, dez eventos adversos. Destes a maioria não tem consequências, mas cerca de 35% têm, e estas serão muito graves em 5% dos casos” (Fragata, 2011, p. 15). Para Lage (2010), “10% dos doentes admitidos em estabelecimentos hospitalares vão sofrer danos decorrentes da prestação de cuidados” (p. 11).

As estimativas evidenciam que nos países desenvolvidos, 1 em cada 10 doentes é lesado ao receber cuidados hospitalares, determinando que cada 100 pacientes hospitalizados num determinado momento (em 7 países desenvolvidos e em 10 países em desenvolvimento), irão adquirir infeções associadas aos cuidados de saúde. Pelo que, mundialmente centenas de milhões de doentes são afetados por ano (WHO, 2017).

A segurança do doente emerge da interação dos vários fatores: pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos (Donaldson & Philip, 2004) e “não se limita à ausência de falhas ou à prevenção ou minimização das mesmas” (Pedroto, 2006, p. 168). Não se centraliza unicamente num indivíduo, num equipamento ou serviço.

O conceito de segurança remete para a redução do risco de danos/lesões desnecessários associados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, perante os recursos disponíveis e no contexto da prestação de cuidados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (DGS, 2011). É pautada, pela ausência de incidentes ou lesões preveníveis resultantes da prestação de cuidados (Gómez Ramírez et al., 2011) e direcionada para o ato de evitar, prevenir e minimizar eventos adversos (O. Ribeiro et al., 2014) relacionados com a exposição aos cuidados médicos (Shojania, Duncan, McDonald, Wachter & Markowitz, 2001).

Segundo Albrecht (2015), a segurança do doente é uma construção que implica um comportamento destinado a minimizar o risco associado aos cuidados de saúde e dos danos aos doentes, através dos sistemas: eficácia e desempenho individual.

Gama e Hernández (2013), enumeram diferentes metodologias inerentes à segurança do doente:

- Abordagem epidemiológica: quantifica a frequência, classificação e a gravidade dos eventos adversos, e a possibilidade de os evitar;
- Gestão de risco: direcionado para os problemas de segurança do doente devido aos riscos associados, para as organizações de saúde e profissionais. Deixa de estar centrado nos riscos para a instituição e passa a estar focado nos riscos que representam para o doente;
- Gestão da qualidade: a dimensão segurança é considerada segundo os mesmos princípios e atividades que regem a melhoria contínua da qualidade: atividades de monitorização, ciclos de melhoria e planeamento ou desenho da qualidade.

A OMS, em maio de 2002, sustentou que, para enfrentar o desafio internacional, alusivo à segurança dos doentes, era primordial efetuar uma abordagem ampla e multifacetada, que permitisse uma mudança cultural. Pelo que, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde, foi debatido e solicitado o contributo dos Estados Membros (EM) para dispensar maior consideração à segurança do doente, com o intuito de nortear ações e implementar medidas e programas direcionados para questões como a taxonomia, a estimativa dos eventos adversos e o desenvolvimento de relatórios e sistemas de aprendizagem.

Em outubro de 2004, na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, foi constituída a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de liderar e coordenar internacionalmente programas de segurança do doente (Alves, Santos & Dantas, 2015), e contribuir para uma aprendizagem contínua sobre a ocorrência de eventos adversos, a sua prevenção e diminuição (Donaldson & Philip, 2004).

Na sequência das recomendações sugeridas pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, foi desenvolvida a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety*), em janeiro de 2009, com a publicação do *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*, com o objetivo de permitir a categorização da informação sobre a segurança do doente, utilizando um conjunto de conceitos padronizados com uma terminologia própria e as relações entre eles (DGS, 2011), onde estão definidos 48 conceitos-chave, no entanto a classificação ainda está em construção.

Em Portugal, esta classificação foi adotada, traduzida e publicada em 2011, pelo Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, onde evidencia 10 classes. Representa um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, no qual se destaca: a identificação do risco,

prevenção, detecção, redução do risco, recuperação do incidente e a resiliência do sistema (Figura 13).

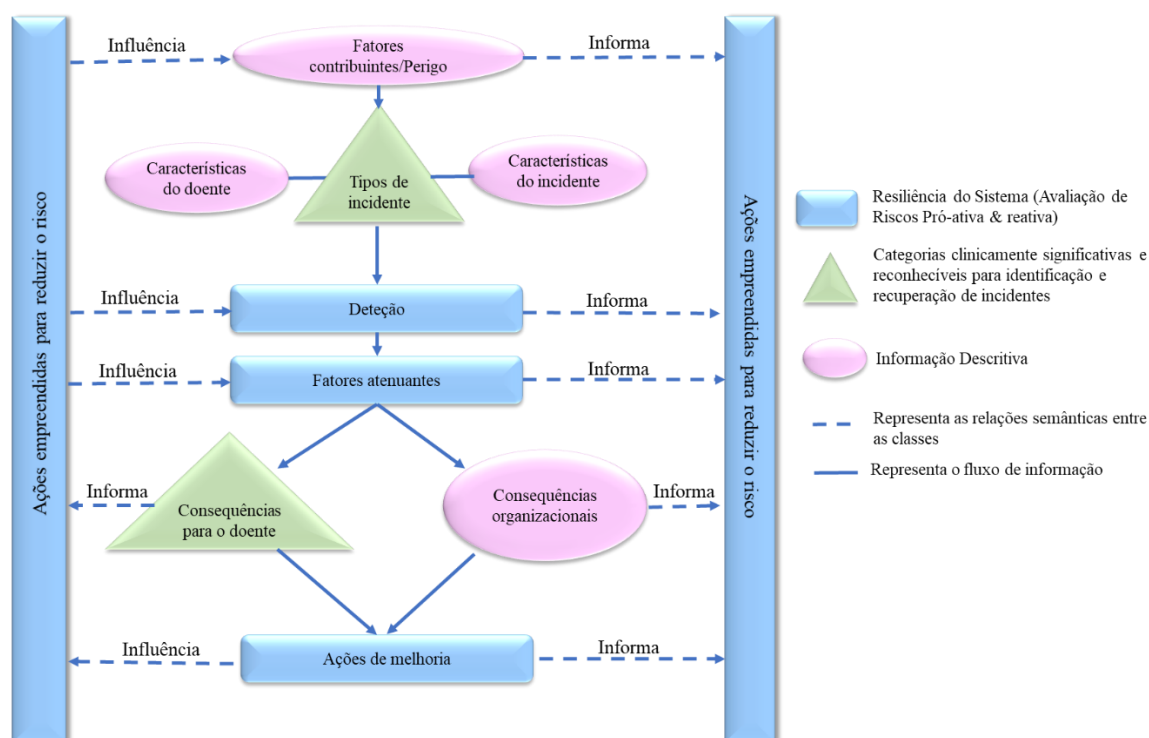


Figura 13. Representação ilustrativa das dez classes que constituem Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
(Adaptado de DGS, 2011, p. 11)

Desde a implementação do Programa de Segurança do Doente da OMS, em 2004, mais de 140 países trabalharam para enfrentar os desafios do cuidado inseguro: Reino Unido (*National Patient Safety Agency*), Dinamarca (*Danish Society For Patient Safety*), Suíça (*Towards a Safe Healthcare System*), Canadá (*Building a Safer System*), Austrália (*Australian Patient Safety*), Espanha (*Observatorio para la Seguridad del Paciente - Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*), Brasil (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Portugal (Sistema de Notificação de Eventos Adversos), entre outros. Do mesmo modo, são vários os contributos de diversas organizações com realce para a *World Alliance for Patient Safety*, a *European Commission*, o *Institute of Health Improvement*, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a *National Patient Safety Agency* (NPSA) e o *National Quality Forum* (NQF) (Tomazoni et al., 2015).

Destaca-se a parceria criada entre a AHRQ e o NQF, que definiu a prática de segurança do doente como um processo ou estrutura para reduzir a probabilidade de ocorrência de eventos

adversos resultantes da exposição ao sistema de cuidados de saúde (Shojania et al., 2001). Por sua vez, a agência do Reino Unido – NPSA, elaborou um documento intitulado *Seven steps to patient safety, the full reference guide*, onde definiu sete passos essenciais para garantir a segurança do doente (Osborn & Williams, 2004):

- 1 - Criar uma cultura de segurança aberta e justa;
- 2 - Conduzir e apoiar a equipa;
- 3 - Integrar atividades de gestão de risco: desenvolver sistemas e processos de gestão de risco e identificar fatores que poderão originar erros;
- 4 - Promover a comunicação de eventos adversos através de relatórios;
- 5 - Comunicar e envolver os doentes com a sociedade: comunicação aberta;
- 6 - Aprender a partilhar experiências de segurança, incentivar os profissionais a usar a análise de causa raiz para aprender, como e porquê ocorrem os incidentes;
- 7 - Implementar soluções para prevenir o dano: aprendizagens através de mudanças na prática, processos ou sistemas.

Para a obtenção de cuidados de saúde mais seguros, a mesma agência validou um círculo de segurança do doente (Figura 14).

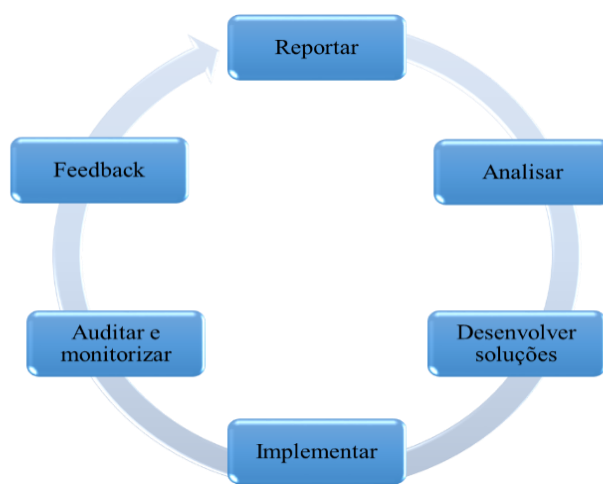


Figura 14. Representação do círculo de segurança dos doentes.
(Adaptado de Osborn & Williams, 2004)

Em 2009, o Conselho Europeu divulgou recomendações para os países da UE, sobre a segurança dos doentes abrangendo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, bem como:

- 1 - Apoiar a instituição e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança do doente;
- 2 - Informar e responsabilizar os doentes, através da sua implicação no processo de garantir a sua segurança;
- 3 - Apoiar o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e aprendizagem de eventos adversos, não recriminatórios;
- 4 - Promover o ensino e a formação dos trabalhadores da saúde para a segurança dos doentes;
- 5 - Classificar e monitorizar a segurança dos doentes a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a Comissão;
- 6 - Partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas colaborando uns com os outros e com a Comissão e com outros organismos europeus e internacionais pertinentes;
- 7 - Desenvolver e promover a investigação no domínio da segurança dos doentes.

O seu primeiro relatório relativo à implementação das recomendações foi publicado em 2012, e demonstrou um progresso satisfatório no desenvolvimento de políticas e programas sobre a segurança do doente. Em contrapartida, foram identificadas áreas que necessitavam de maior atenção: educação e treino dos profissionais de saúde sobre segurança do doente, desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem face aos erros e o envolvimento dos doentes no que diz respeito à segurança (European Commission, 2012).

A 22 de outubro de 2013, foi publicada a resolução do Parlamento Europeu, sobre o relatório da Comissão ao Conselho (com base nos relatórios dos Estados-Membros inerentes à aplicação da Recomendação do Conselho [2009/C 151/01]) sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2013/2022[INI]), publicou o cumprimento das recomendações do Conselho, com evidente destaque para as melhorias notáveis e os progressos ainda por alcançar (UE, 2016).

A 19 de junho de 2014, a mesma Comissão publicou outro relatório do Conselho Europeu (European Commission, 2014a) na qual emitiu recomendações para os EM:

- Estratégias relativas à segurança dos doentes;
- Medidas específicas para prevenir erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde e complicações durante ou após intervenção cirúrgica;
- Ferramentas de tecnologia de informação e comunicação no apoio da segurança do doente;
- Medidas para envolver organizações de doentes na elaboração de políticas;
- Medidas destinadas a assegurar a divulgação de informações sobre a segurança do doente, para doentes;
- Competências essenciais para os doentes;
- Relatórios e sistemas de aprendizagem;
- Sistemas de comunicação, de aprendizagem no local, de notificação e de formação;
- Mecanismos de incentivo da comunicação pelos profissionais de saúde;
- Formação multidisciplinar na segurança do doente em hospitais;
- Segurança do doente incorporado na educação/formação dos profissionais de saúde;
- Medidas para informar os profissionais de saúde sobre os padrões de segurança do doente, diretrizes ou melhoria das práticas;
- Existência de autoridade competente.

Uma interpretação contextual de Portugal (Figura 15), demonstra que ainda não foi atingido o objetivo relativo à educação e treino dos profissionais de saúde, e o da responsabilização dos doentes. Apresentou uma *parcial* comunicação de eventos adversos e sistemas de aprendizagem e alcançou o objetivo da implementação de políticas e programas de segurança dos doentes.

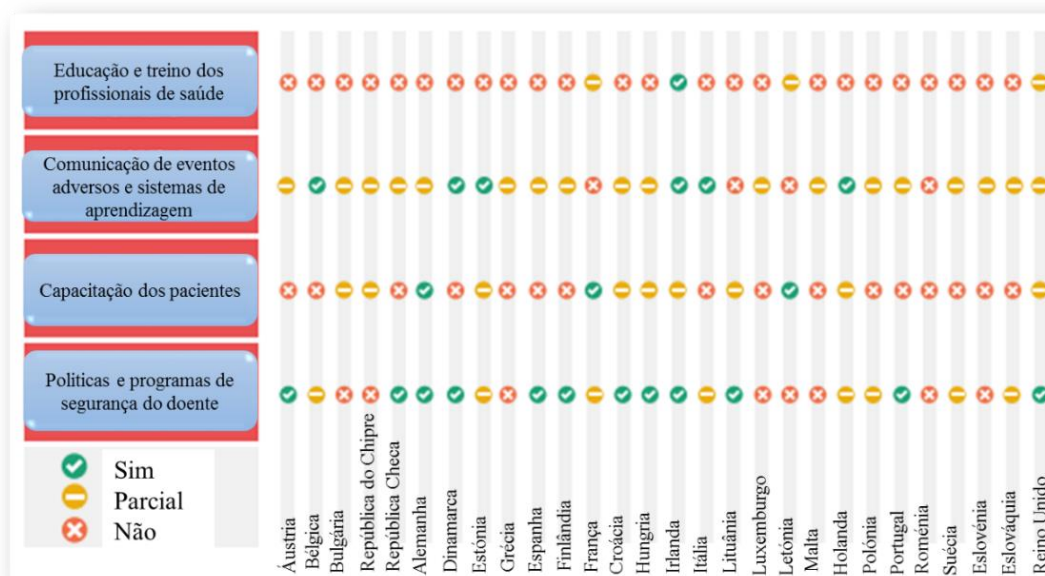


Figura 15. Implementação das recomendações da Comissão Europeia pelos países da União Europeia.

(European Commission, 2014b)

Por sua vez, a maioria dos países alcançou pelo menos metade das medidas recomendadas, estando alguns próximos da aplicação da totalidade, enquanto 11 têm implementado menos de metade das recomendações. No caso particular de Portugal, denota-se a aplicação de oito das medidas propostas (Figura 16).

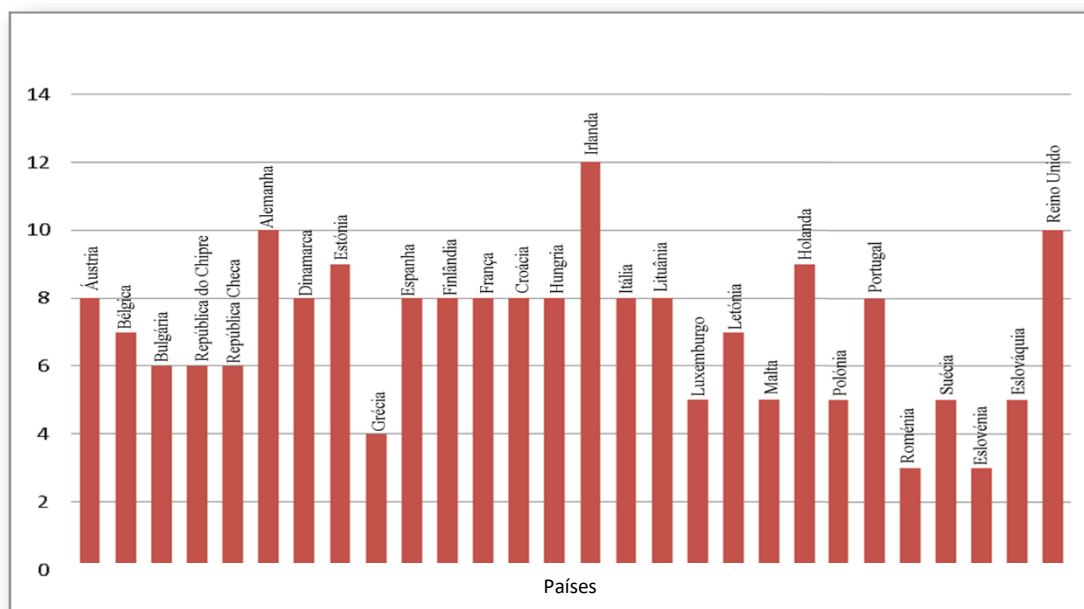


Figura 16. Implementação das treze medidas recomendadas pela Comissão Europeia pelos países da UE.

(European Commission, 2014b)

Na globalidade, a implementação das recomendações não teve o impacto pretendido e não fortaleceu a confiança dos cidadãos da UE relativamente à segurança e qualidade dos cuidados de saúde, verificando-se que uma média de 53% dos cidadãos europeus percecionam a segurança do doente como um problema significativo, como é o caso de Portugal, em que entre 57% a 100% consideram ser prejudicados nos cuidados hospitalares (European Commission, 2014b). Constatou-se, ainda, que a educação e a formação dos profissionais de saúde continuam a ser uma área a necessitar de melhoria e identificou-se um impacto menos significativo na aprendizagem perante a ocorrência de eventos adversos, num ambiente livre de culpa, por parte dos profissionais.

Porém, continua vigente o esforço para apoiar os países da UE, pelo que são destacadas medidas consideradas com relevância para o futuro (European Commission, 2014a):

- Definição comum da qualidade dos cuidados e reforço no apoio para o desenvolvimento de uma terminologia e indicadores comuns e pesquisas sobre a segurança do doente;
- Colaboração da UE sobre a segurança do doente e a qualidade dos cuidados para a partilha de boas práticas e soluções eficazes;
- Desenvolvimento de orientações acerca do fornecimento de informações aos doentes sobre a qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento com os EM de um modelo da UE sobre a segurança do doente e qualidade dos padrões de cuidados para alcançar um entendimento comum;
- Reflexão com os EM sobre a questão da reparação, como previsto na Diretiva 2011/24/EU (Directiva 2011/24/EU, de 9 de março de 2011);
- Incentivar o desenvolvimento de formação/informação para doentes, familiares e cuidadores informais, utilizando ferramentas de tecnologias de comunicação e informação; atualização regular e divulgação do guia sobre educação para a segurança do doente e treino para profissionais de saúde;
- Incentivar a notificação de incidentes: efetuar a atualização regular e divulgação do guia sobre a criação e o funcionamento de sistemas de notificação e aprendizagem.

De referir que, o Reino Unido se encontra em processo de transição de saída da UE, no entanto, ainda foi referido no estudo anterior.

De realçar, ainda, o contributo da AHRQ (Shekelle et al., 2013), que definiu que a prática da segurança do doente deve ser avaliada perante as evidências dos resultados de práticas seguras e os fatores contextuais que influenciam as práticas, o seu uso e eficácia (Figura 17).

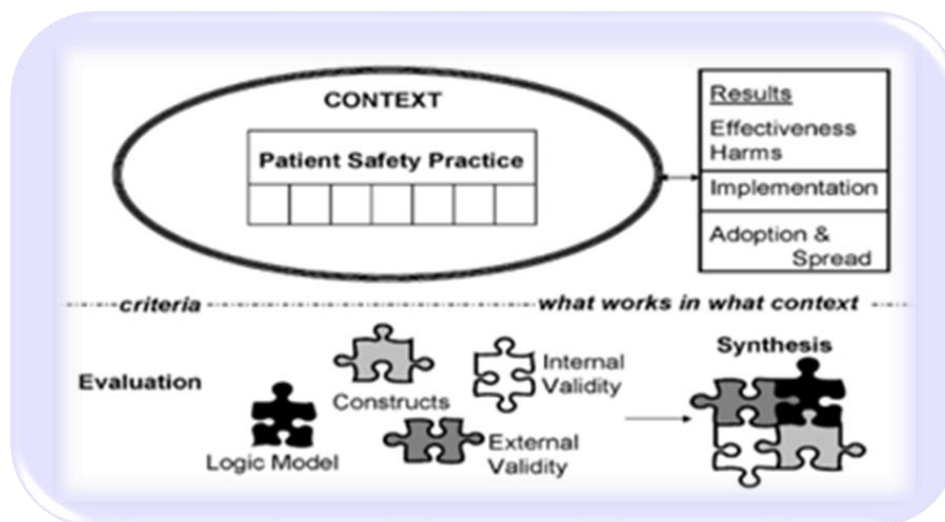


Figura 17. Quadro representativo da estrutura de avaliação de evidências de práticas de segurança do doente
(Adaptado de Shekelle et al., 2013)

A Figura 17 demonstra que a prática de segurança do doente consiste num conjunto de componentes e do contexto em que está inserida. As questões de avaliação incluem a eficácia e danos, implementação e adoção, e disseminação. Posteriormente, são aplicados critérios para avaliar 4 fatores que agrupados constituem a qualidade (Shekelle et al., 2013):

- *Constructs*: construções acerca da prática de segurança do doente, componentes, fatores de contexto, resultados e forma de medir com precisão essas construções;
- *Logical Model*: estrutura conceptual sobre as relações entre essas construções;
- *Internal Validity*: validade interna para avaliar os resultados da prática de segurança do doente num contexto particular;
- *External Validity*: validade externa para avaliar a probabilidade da capacidade em obter os mesmos resultados noutro contexto.

Seguidamente, sintetiza-se essa informação numa avaliação da força da evidência para uma determinada prática de segurança do doente.

Por sua vez, o contributo da *The Joint Commission International* (JCI) foi fundamental, mediante a definição de metas internacionais de segurança do doente (JCI, 2018).

- 1 - Identificar os doentes corretamente;
- 2 - Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado;
- 4 - Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no doente correto;
- 5 - Reduzir o risco de infeções associadas ao atendimento médico;
- 6 - Reduzir o risco de lesões provocadas por queda do doente.

Fragata (2011), destacou que num sistema de segurança hospitalar é fundamental:

- Definir e recolher indicadores de segurança (transversais e por setor);
- Implementar um sistema de comunicação de eventos adversos;
- Criar um gabinete de risco e qualidade;
- Investir numa cultura de segurança;
- Usar total transparência e envolver profissionais, doentes e sociedade.

Numa outra instância, a *Health Foundation*, juntamente com o *Centre for Patient Safety and Service Quality*, do *Imperial College London* (Vincent, Burnett & Carthey, 2013) pronunciou-se sobre as dimensões de medição e monitorização da segurança:

- 1 - Danos passados: psicológicos e físicos;
- 2 - Confiabilidade: medidas de comportamento e sistemas;
- 3 - Sensibilidade às operações: a informação e capacidade de monitorizar a segurança numa base horária ou diária;
- 4 - Antecipação e preparação: capacidade de antecipar e estar preparado para os problemas;
- 5 - Integração e aprendizagem: capacidade de responder e melhorar a partir de informações seguras.

Para culminar, é essencial fazer referência à importância da investigação, inovação na segurança do doente. A investigação tem como objetivo identificar soluções e reduzir os danos aos doentes e permitir cuidados mais seguros, pelo que a WHO (2008b) elaborou um ciclo contínuo de investigação de segurança do doente para:

- 1 - Medir a magnitude e o tipo de eventos adversos que levam ao dano do doente;

- 2 - Compreender as causas subjacentes aos danos dos doentes;
- 3 - Identificar soluções para proporcionar cuidados de saúde mais seguros;
- 4 - Avaliar o impacto das soluções em contextos reais.

A mesma organização, através do autor Legemaate (2013), mediante a publicação do *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*, enaltece recomendações relativamente aos doentes:

- Incentivar sistemas de melhoria de qualidade e segurança: os doentes têm direito a cuidados de saúde seguros e de qualidade. Barreiras existentes na comunicação de eventos adversos devem ser minimizadas;
- Regular os direitos substantivos dos doentes através de legislação nacional para que os doentes sejam capazes de usa-los e aplicá-los;
- Fornecer aos doentes informações relevantes e individualizadas;
- Estimular a participação dos doentes em atividades de segurança;
- Minimizar as barreiras à participação do doente;
- Estimular a participação política dos doentes/organizações;
- Incentivar a disponibilidade de procedimentos de reclamação. Os doentes devem ser capazes de sinalizar disfunções nos cuidados de saúde e denunciar adversidades;
- Combinar informações de diferentes fontes relativamente à segurança do doente;
- Incluir questões de segurança na saúde para futura formação de profissionais de saúde;
- Fomentar a importância da implementação de novas medidas políticas na área.

2.1.3.1. Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020

Em Portugal, para uma prestação de cuidados de saúde de forma integrada, conjunta e segura, foi promovida a implementação de métodos e ações, para atingir objetivos específicos. A melhoria da cultura de segurança das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a estratégia é operacionalizada no Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020

(Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), que visa apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na aplicação de métodos e na definição de objetivos para a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 respeita (Despacho n.º 6430/2017, de 25 de julho):

a recomendação da União Europeia de 9 de Junho de 2009 e as orientações da Organização Mundial de Saúde para a segurança dos doentes, incluindo as recentes recomendações da II Reunião Mundial de Ministros sobre segurança dos doentes, realizada em Bona, em Março de 2017, assumindo-se este Plano como um marco consistente, no âmbito do serviço nacional de saúde, na luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. (p.15407)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde a inscrever nos seus planos de ação, atividades que visem alcançar objetivos estratégicos, e que sejam atingidas as mestas definidas para o final de 2020 (Tabela 2).

Pese embora, diversas organizações de saúde tenham implementado medidas para promover a segurança do doente, ainda há um vasto caminho a percorrer com vista a atingir medidas reativas, proativas e de promoção da segurança do doente, redesenhando os sistemas e a promoção de uma cultura de segurança positiva.

Tabela 2. Objetivos estratégicos e metas para o final de 2020 do Plano Nacional para Segurança dos Doentes 2015-2020

Objetivos Estratégicos	Metas para o final de 2020
Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno	- $\geq 90\%$ de taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança; - $\geq 50\%$ como média nacional de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente.
Aumentar a segurança da comunicação	- 90% dos sistemas informáticos dos serviços de urgência e dos serviços de internamento hospitalares intercomuniquem; - 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde: → tenham um plano de contingência de recuperação das aplicações/processo clínico dos doentes, em situações extremas; → garantam a disponibilidade de sistemas de informação superior a 99,9%; - 90% dos agrupamentos de centros de saúde tenham acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.
Aumentar a segurança cirúrgica	- Utilizar a lista de verificação de segurança cirúrgica em 95% das cirurgias; - Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior; - Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.
Aumentar a segurança na utilização da medicação	- Implementação de 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde de práticas seguras de medicação de acordo com normas nacionais; - Reduzir em 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do SNS ou com ele convencionado.
Assegurar a identificação inequívoca dos doentes	- Implementação de 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde de práticas seguras de identificação dos doentes.
Prevenir a ocorrência de quedas	- Implementação de 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde de práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas; - Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do SNS ou com ele convencionado.
Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão	- Implementação de 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde de práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão; - Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do SNS ou com ele convencionado.
Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes	- Aumentar em 20% por ano, o número de notificação de incidentes de segurança no programa: notific@.
Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos	- Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; - Reduzir em 50% face a 2014 o consumo de antimicrobianos; - Atingir uma taxa de <i>Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus</i> de 20%; - Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes e quinolonas.

Fonte: Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro.

No mesmo contexto e dando continuidade aos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 e com o intuito de promover o aumento da cultura de segurança no ambiente interno das unidades prestadoras de cuidados de saúde e possibilitar que se encontre uma parceria com os cidadãos/famílias, foi publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 142, 25 de julho de 2017 o Despacho n.º 6430, que informa sobre a implementação, durante um período experimental de dois anos, o projeto-piloto *Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde*, em unidades de saúde previamente selecionadas, com os objetivos:

- a) Aumentar a participação dos doentes, familiares e/ou cuidadores na melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde;

- b) Aumentar a literacia dos doentes na área da segurança da prestação de cuidados de saúde;
- c) Melhorar a cultura de segurança dos ambientes internos dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O diagnóstico de avaliação da cultura interna de segurança nas unidades prestadoras de cuidados de saúde selecionadas foi efetuado a dezembro de 2017, com avaliação intercalar em junho de 2018, e posterior diagnóstico de avaliação final do projeto em junho de 2019 (Despacho n.º 6430/2017, de 25 de julho).

2.1.3.2. *Gestão do risco*

O conceito de risco foi um legado da indústria do pós-guerra, sendo gradualmente objeto de investigação e debatido mundialmente com vista à compreensão da temática dos eventos adversos (frequência, causas, impacto, prevenção, minimização e erradicação).

A gestão dos riscos ao nível da saúde, é norteada por uma abordagem global, coletiva, organizada, continuamente assistida que “visa identificar prospectivamente as trajetórias de acidente nos cuidados de saúde, aprender com os erros cometidos, limitar as suas consequências nefastas” (Ministério da Saúde, 2009, p. 16).

Numa retrospectiva cronológica, em 1991, um estudo realizado pela *Harvard Medical School*, por solicitação do *Commissioner of Health of New York State*, demonstrou a existência de 3,7% de doentes lesados durante o período de internamento (Sousa, 2006), em que “em metade a dois terços dos casos, o evento adverso era considerado evitável” (Fragata, 2010, p. 564). De realçar que a definição mais usual para designar falhas na segurança do doente provém do conceito originalmente descrito pelos autores da *Harvard Medical Practice*, denominado de evento adverso.

Lucian Leape (1994) foi pioneiro, com a publicação do artigo *Error in Medicine*, onde evidenciava o erro nos cuidados de saúde e demonstrava uma compreensão do erro humano e dos fatores contribuintes, reconhecendo a falibilidade humana e a importância do sistema na prevenção do erro (Travassos & Caldas, 2013).

No entanto, o lugar de destaque só surgiu posteriormente, em 1999, com a publicação do relatório *To Err is Human - Building a safer health system*, do IoM, que revelou informações

sobre o erro a nível da saúde e colocou em questão a qualidade da prestação de cuidados. Tornou-se público que nos Estados Unidos da América faleciam anualmente 44.000 a 99.000 pessoas vítimas de erros no sistema de saúde (Faria, 2010; Massoco & Melleiro, 2015; Muiño Míguez et al., 2007; Sousa, 2006; Tomazoni et al., 2015), e revelou a existência de eventos adversos que provocavam lesões, que levavam à “incapacidade temporária ou permanente, ao prolongamento do internamento ou morte do paciente. Esses eventos adversos seriam evitáveis em torno de 30% a 60%” (Marinho et al., 2014, p. 582).

Veio, então, destacar a necessidade de salientar a segurança do doente como prioridade das autoridades de saúde e efetuar recomendações sobre a modificação da cultura hospitalar (Massoco & Melleiro, 2015).

O departamento de saúde do Reino Unido, em 2000, na publicação *An organization with a memory*, estimou que em 10% dos internamentos hospitalares surgem eventos adversos, ou seja, 850.000 eventos adversos por ano (Department of Health Expert Group, 2000; Muiño Míguez et al., 2007).

Entre 2007 a 2009 foi efetuado um estudo ibero-americano de eventos adversos em cinco países da América Latina, no qual se verificou que 10,5% dos doentes hospitalizados sofreram eventos adversos e, destes, 58,9% eram considerados evitáveis (Andrés & Remón, 2010).

Em outro estudo, efetuado por W. Mendes, Martins, Rozenfeld e Travassos (2009), em três hospitais do Brasil, verificou-se que a incidência de doentes sujeitos a eventos adversos foi de 7,6% e a percentagem de eventos adversos evitáveis foi de 66,7%.

Em 2014, um estudo realizado na Espanha concluiu, após a análise de 245.320 episódios de atendimentos hospitalares, que 16.782 (6,8%) doentes sofreram um ou mais eventos adversos, representando um impacto económico significativo (Allué et al., 2014).

Uva et al. (2010), referem a existência de uma taxa de incidência de eventos adversos a nível hospitalar com valores entre os 4% e os 16%, sendo que 50% a 70% são considerados preveníveis. Fragata (2011) também se pronuncia, referindo que “da totalidade de eventos adversos, cerca de 50% a 60% seriam totalmente evitáveis” (p. 15).

Atualmente, tem sido visível o incremento de estudos em diversos hospitais portugueses, sendo possível “entre 1.300 a 2.900 mortes anuais por erros evitáveis por extrapolação dos números norte-americanos aos do nosso país” (Faria, 2010, p. 82).

Sousa, Uva e Serranheira (2011), num estudo piloto efectuado em três hospitais públicos portugueses, referem a existência de uma taxa de incidência de erros adversos de 11,1% em doentes internados, em que 53,2% são considerados evitáveis, constatando-se um prolongamento do internamento em 58,7% dos casos.

Embora exista um amplo leque de definições relativamente à terminologia do erro e do evento adverso, as definições não são totalmente consensuais. Segundo Fragata (2011), é difícil identificar a sua real prevalência devido à:

- Dificuldade de definição de evento adverso;
- Tendência em ponderar só ocorrências em que houve dano físico, em detrimento de situações de erro sem consequências, acidentes evitados ou erros por omissão;
- Ocultação de erros, por receio de culpabilização individual;
- Não notificar erros e ausência de sistemas de registo de eventos;
- Imperfeição dos sistemas com escasso registo de eventos de natureza clínica.

A palavra erro, etimologicamente provém do latim *errare*, que significa desvio ou deriva, afastamento daquilo que o autor pretendia. A WHO (2009a) considerou o conceito de erro como uma falha na realização de uma ação planeada como pretendida ou o desenvolvimento de um plano incorreto. O erro pode originar um incidente, um quase evento, um incidente sem danos ou com danos (evento adverso). O conceito de erro é definido por Fragata (2011), como:

O desvio de um resultado em relação a um plano preestabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objetivo, que por isso não se consegue. O erro pressupõe que tenha havido um plano prévio e que o erro tenha sido involuntário. (p.22)

Fragata (2010), realça a diferença entre o erro honesto (em que os profissionais e organizações falham um plano, mas cumprem as regras de atuação, denominada *leges artis* profissional) e erro por negligência (em que são violadas as normas de conduta, com afastamento ou desvio do que seria esperado, resultado de uma atuação imprudente e

violadora de regras). A fronteira do *leges artis* é, por vezes, difícil de delimitar e difícil estabelecer uma definição concreta de erro.

Com base no relatório do IoM, Carneiro (2010) destaca:

Erro: falha de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para atingir um determinado fim (erro de planeamento);
 Evento adverso: lesão induzida num doente devido ao ato da prestação de cuidados e não à condição clínica subjacente do doente;
 Evento adverso não prevenível: inesperado, na ausência de qualquer erro;
 Evento adverso prevenível: devido a um erro;
 Evento adverso negligente: subgrupo de eventos adversos preveníveis resultante de cuidados que não seguiram os padrões de cuidados de saúde que se esperam de um profissional habilitado;
Near misses: não induzem qualquer efeito adverso no doente. (p.5)

Os eventos adversos, quanto à sua gravidade, podem ser classificados tendo em conta a sua previsibilidade, frequência, gravidade, causalidade e seriedade (Marodin & Goldim, 2009). São classificados em cinco níveis (DGS, 2011; S. Ramos & Trindade, 2011):

- Nenhum: consequência no doente é assintomática ou sem sintomas detetados e não necessita de tratamento;
- Ligeiro: consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com intervenção mínima requerida;
- Moderado: consequência no doente é sintomática, requer intervenção;
- Grave: Consequência no doente é sintomática, requer 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: morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

A NPSA (2007), contribuiu para traduzir a gravidade dos erros numa matriz de risco (Figura 18):

- Baixo risco: medidas de implementação imediatas, fáceis e rápidas;
- Risco moderado: ações implementadas mais rapidamente possível, mais tardar um ano;
- Alto risco: ações implementadas logo que possível, o mais tardar em seis meses;
- Risco extremo: requer uma ação urgente.

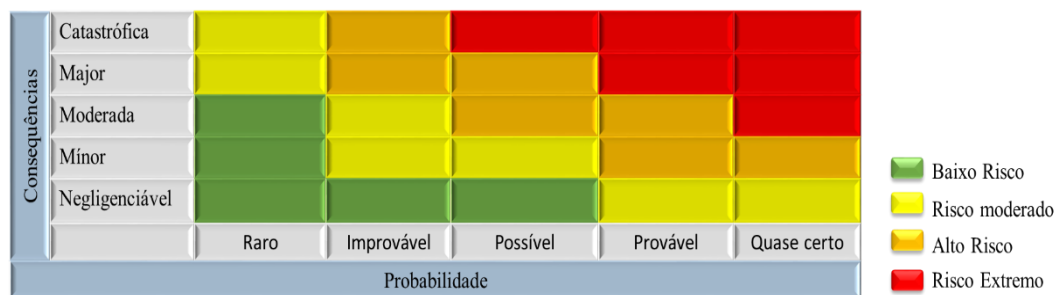


Figura 18. Matriz de risco recomendada pela NPSA
(NPSA, 2007)

Assim, perante a ocorrência do erro é essencial compreender a trajetória associada à gestão do risco. Muiño Miguez et al. (2007), afirmam que esta é realizada mediante as fases de: identificação; avaliação/análise da frequência, do custo e da gravidade do risco e tratamento.

Também a NPSA (2007) evidenciou uma metodologia para a identificação e avaliação do risco baseada em etapas: 1) Identificar perigos; 2) Identificar os indivíduos expostos; 3) Avaliar os riscos e decidir sobre as precauções; 4) Determinar prioridades de intervenção, medidas a implementar e registros; 5) Rever a avaliação e atualização se necessário (S. Ramos & Trindade, 2011).

A base essencial na gestão do risco incorpora um sistema de relato de incidentes e a sua identificação e avaliação, bem como a monitorização de indicadores de segurança do doente e a auditoria como instrumento de melhoria contínua (S. Ramos & Trindade, 2011). São diversas as organizações que se pronunciaram sobre a intervenção perante a ocorrência de eventos adversos e não existe uma recomendação considerada mais adequada, mas podem complementar-se de acordo com o contexto e especificidades da cultura:

→ *The Incident Decision Tree* - Árvore de Decisão de Incidentes: fundada pela NPSA, com o intuito de auxiliar gestores na decisão quanto à sanção de trabalhadores envolvidos em incidentes de segurança.

→ *The Root Cause Analysis* - Análise de Causa-Raiz: desenvolvida pela NPSA, faz parte das recomendações de segurança da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), é usada como instrumento de análise dirigido ao evento, com incidência nas suas causas, mecanismos, resultados e impacto das consequências. Permite orientar para uma análise retrospectiva do incidente e é seguida por seis etapas (S. Ramos & Trindade, 2011):

- 1- Registrar o incidente e recolher toda a informação relacionada,
- 2 - Descrever cronologicamente o incidente,
- 3 - Identificar os problemas,
- 4 - Explorar o problema identificando as causas,
- 5 - Identificar medidas para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados,
- 6 - Implementar, divulgar e monitorizar as medidas de melhoria.

A *Root Cause Analysis* permite analisar a raiz das causas dos erros, desenhando todo o percurso das atuações que levam ao erro, definindo retrospectivamente as suas causas, identificando as responsabilidades humanas, do sistema e os locais no trajeto onde poderiam ter sido introduzidos mecanismos de recuperação. O resultado da sua análise pretende moldar o sistema para que os fatores, que predispueram ao erro possam ser corrigidos sem culpabilização.

→ Sistemas de Notificação/Comunicação de Incidente (cada incidente notificado contribui para a compreensão e identificação de falhas latentes e organizacionais) e Técnicas de Auditoria.

A monitorização do risco deve ser efetuada através dos métodos de: declaração de eventos decorridos (voluntária e anónima, associada a um processo constante de aprendizagem individual e organizacional) e da monitorização contínua da performance, por auditorias, por curvas de soma cumulativa, entre outros, que permitam acompanhar o desempenho e identificar em tempo útil os desvios (Fragata 2010; Ministério da Saúde, 2009).

Na gestão do risco, é fundamental compreender a implicação que a ocorrência dos eventos adversos acarreta, não tem unicamente custos sociais, físicos e psíquicos para os doentes, afeta também a reputação dos profissionais e das instituições (Fragata, 2011), refletindo uma perda de confiança nas organizações/profissionais, aumento dos custos sociais e económicos, e uma redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2010). O custo humano é considerado por Vincent (2012), como o maior de todos, pois muitos doentes, em determinadas circunstâncias, sofrem devido ao aumento da dor, incapacidade e trauma psicológico. A Tabela 3 abrange sumariamente as barreiras e riscos e os benefícios da comunicação de eventos adversos.

Tabela 3. Benefícios e riscos expressos perante a revelação de eventos adversos

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

Fonte: Adaptado de Lage, 2010, p.15

A criação de sistemas de registo e notificação de falhas de segurança surge como estratégia fundamental para aprender com os erros e antecipá-los (Muiño Míguez et al., 2007), e facilitar a análise dos fatores contributivos e a reflexão da tomada de decisões, com o intuito de definir um plano de melhoria e prevenir a sua recorrência.

O sistema de comunicação de eventos, deve ser voluntário e anónimo, sem culpabilização, envolvendo uma componente facultativa, assegurando-se a confidencialidade da informação (Fragata, 2011).

O Sistema Nacional de Relatórios e Aprendizagem - *National Reporting and Learning System* em Inglaterra é uma base de dados central de notificações de incidentes de segurança do doente, fundada em 2003, onde mais de quatro milhões de relatórios de incidentes foram apresentados. Recebe cerca de 100.000 relatórios num mês e grande parte foi efetuada por profissionais de saúde (Williams et al., 2015).

A nível nacional, a DGS implementou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SINNEA). O sistema está estruturado mediante as recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia e é disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. Abrange diversos níveis e áreas da prestação de cuidados e permite que se possam efetuar notificações confidenciais, “pretende-se que, cada notificação, estimule a melhoria do sistema e previna a repetição das condições que determinaram o incidente ou evento adverso” (Departamento da Qualidade na Saúde, 2013, p. 1).

Segundo o Relatório de Progresso de Monitorização da DGS, do SINNIEA, a adesão encontra-se distante do que seria expectável, pois no primeiro semestre de 2014 foi efetuado o registo de 190 notificações por parte dos profissionais de saúde e 46 pelos cidadãos (Departamento da Qualidade na Saúde, 2013).

É de extrema importância investir na conceção da totalidade dos elementos no sistema de saúde abrangendo desde a arquitetura/*design* hospitalar, dos suportes à prestação de cuidados e o seu desenvolvimento, e a aplicação e avaliação de soluções inovadoras, com o objetivo de diminuir ou evitar os eventos adversos. E se necessário, reinventar o paradigma da prestação de cuidados de saúde (Uva et al., 2010).

2.1.3.3. Segurança do doente componente da qualidade dos cuidados de saúde

A segurança e a qualidade a nível da saúde têm uma expressão individual e sistémica: o doente submete-se a cuidados progressivamente mais tecnológicos, invasivos e fragmentados numa organização que pretende garantir que o ganho em complexidade não se traduza simultaneamente em maior risco e lesão (Lage & Sousa, 2013).

A segurança do doente “enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido grande relevância para pesquisadores, gestores, profissionais e pacientes que desejam uma prestação de cuidados com elevado nível de eficácia e eficiência” (F. Lima, 2014, p. 28).

A cultura de segurança e qualidade do doente são indissociáveis e segundo Pronovost et al. (2009) têm por base:

- Uma diminuição da frequência do uso de metodologias (análise de incidentes, questionários, listas de verificação e métodos de investigação qualitativa);
- Características físicas, políticas e organizacionais do local de trabalho, procedimentos, tecnologia de informação, comportamento individual/equipa e a participação do doente na identificação de riscos e falhas;
- Existência de medidas uniformizadas para regular o seu impacto.

A palavra qualidade, etimologicamente deriva do latim *qualitate* e a sua definição tem evoluído em diferentes contextos e perspetivas. Quando mencionada na política (é

direcionada para a satisfação da população), na gestão (para os gastos económicos), na prestação de cuidados (para as condições de trabalho e recursos humanos/materiais satisfatórios e adequados) e nos doentes (equidade/acessibilidade nos cuidados, relações interpessoais gratificantes, satisfação, expectativas, entre outros).

Foi no âmago da área industrial que o conceito da qualidade surgiu, e serviu de base nas mudanças das organizações de saúde. Porém, a sua preocupação evidenciou-se aquando a Guerra da Crimeia, no final do século XIX, com Florence Nightingale, com a aplicação de padrões de saúde que diminuíram a taxa de mortalidade e proporcionaram uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Nos Estados Unidos, o precursor nesta área foi Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachussets, fundador do primeiro método de verificação da efetividade da prestação de cuidados, com a finalidade de atingir uma melhoria das condições hospitalares. Em 1917, juntamente com o Colégio Americano de Cirurgiões, contribuiu para a implementação de *padrões mínimos* em meio hospitalar, como suporte na avaliação de serviços de saúde e acreditação. Estes representam uma modalidade de avaliação e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde internacionalmente reconhecida, e colocada em prática por diversos países (Travassos & Caldas, 2013).

A Carta de Tallinn, intitulada *Health Systems for Health and Wealth*, aprovada em 2008 pelos EM, reforçou a garantia dos doentes ao acesso a cuidados de qualidade e que os prestadores utilizariam nas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica oferecia e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica, baseada numa relação de privacidade, dignidade e confidencialidade (Piotrowicz, Cianciara & Wysocki, 2009). Os doentes têm direito a cuidados de saúde seguros e de boa qualidade (WHO, 2013).

Para Bonato (2011):

a qualidade total assume diferentes significados: qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas. Implica a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes por meio de uma gestão científica dos processos, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros. Deve ser baseada na manutenção e melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços melhores e mais competitivos, participação e envolvimento dos membros da organização, considerando aspetos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde. (p.319)

Já a OMS (2011) infere sobre qualidade afirmando que esta reflete “... o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (p. 23).

Gama e Hernández (2013), mencionam que a existência de uma qualidade abrangente engloba: qualidade em geral, qualidade dos serviços de saúde e qualidade da assistência de um problema de saúde específico (Figura 19).

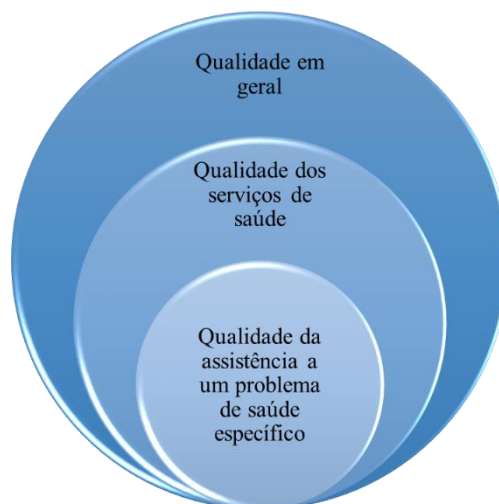


Figura 19. Três níveis do conceito de qualidade
(Adaptado de Gama & Hernández, 2013, p. 30)

Uma definição de qualidade nos cuidados de saúde, para Fragata (2011), integra: resultado (mudança estável no estado da saúde); processo (métodos atuais de tratamento); estrutura (meios locais e experiência); segurança (mínima probabilidade de eventos adversos) e a satisfação dos doentes (cuidados mediante as expectativas e centrados no doente). Assim, o mesmo autor, define o conceito mediante: efetividade (eficácia, eficiência), experiência dos doentes (satisfação) e segurança (ausência de complicações). Remete para uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do utente, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do utente.

De uma forma geral, Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín e Buil (1999) defendem que a qualidade surge no cerne das organizações com os objectivos: de procurar a satisfação do utente, as suas necessidades e expectativas; de orientar a cultura da organização direcionando os esforços para atingir uma melhoria contínua e introduzir métodos de trabalho que o facilitem; e de motivar os trabalhadores a produzir produtos ou serviços de alta qualidade.

São diversas as definições de qualidade que surgiram até à atualidade (Tabela 4).

Tabela 4. Definições do conceito de qualidade

Organização / Autor	Ano	Definição do conceito de qualidade em Saúde
Avedis Donabedian	1988	Prestação de cuidados onde se espera a maximização de uma medida abrangente do bem-estar do doente, depois de ele tomar consciência do balanço entre os ganhos e as perdas esperadas do processo de prestação de cuidados de saúde em todas as suas fases. Distinguiu 3 dimensões: estruturas (avalia a acessibilidade, disponibilidade e a qualidade dos recursos), processos (avalia a prestação de cuidados de saúde por prestadores de serviços), e resultados (influenciados por fatores ambientais e comportamentais).
IoM (Estados Unidos)	1990	É o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde pretendidos, de acordo com o conhecimento profissional atual.
	2001	Em 2001 operacionalizou o conceito em dimensões (Fragata, 2011; Lage & Sousa, 2013; Wakefield, 2008) - Segurança: evitar danos para o paciente; - Eficácia: cuidados baseados no conhecimento científico - Centrado no doente: cuidados com respeito pelo doente e suas necessidades, preferências e valores; - Em tempo útil: reduzir o tempo de espera, evitando demoras para os pacientes e para aqueles que prestam cuidados - Eficiente: evitar o desperdício, em especial de equipamento, materiais, ideias e energia - Equitativo: providenciar cuidados que não variem em qualidade das características pessoas, género, etnicidade, localização geográfica ou <i>status</i> socioeconómico Mais tarde, enumerou 3 categorias que abrangem os problemas de qualidade nos serviços de saúde: a sobre utilização, a utilização inadequada e a subutilização (Travassos & Caldas, 2013). Para identificar os componentes da qualidade em saúde do século XXI, centrou-se nos componentes conceituais da qualidade, em detrimento dos indicadores medidos (Mitchell, 2008).
Department of Health (United Kingdom)	1997	É fazer o que é correto, à pessoa correta, no momento correto e fazer bem à primeira vez.
Conselho da Europa	1998	É o grau em que o tratamento proporcionado aumenta a probabilidade de o doente obter os resultados desejados e diminui a probabilidade de obter resultados indesejáveis, tendo em conta o estado atual do conhecimento.
WHO	2000	É o nível de realização de objetivos dos sistemas de saúde, metas intrínsecas para uma melhoria da saúde e para a capacidade de resposta para legitimar as expectativas da população.
Plano Nacional de Saúde 2011- 2016	2010	Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, mediante os recursos disponíveis, adesão e satisfação dos utentes (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).
Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão até 2020	2015	Prestação de cuidados que infere sobre 2 dimensões significativas da qualidade: - Estrutura: utilização adequada dos recursos para atingir resultados esperados; - Processo: adequação dos serviços aos resultados esperados. Possui 3 dimensões: Técnica (qualidade é definida por critérios e normas profissionais baseadas na evidência técnico-científica e em boas práticas); Relações interpessoais (inclui a interação psicológica e social entre utilizadores e prestadores, sobretudo a solicitude, apoio e atenção à satisfação do cidadão/profissional, no respeito pela pessoa); Organizacional (globalidade e continuidade dos cuidados e dos serviços) (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

Fonte: Adaptado de Legido-Quigley et al., 2008

A definição do conceito de qualidade dos cuidados perante diferentes autores (Figura 20), abrange diversas dimensões, sendo as mais utilizadas: eficácia, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, aceitabilidade, centrado no paciente, a satisfação, a saúde melhoria e continuidade dos cuidados (Legido-Quigley, McKee, Nolte & Glinos, 2008; Wismar, Palm, Figueras, Ernst & Van Ginneken, 2011):

Autores	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	Department of Health (UK) 1997	Council of Europe (1998)	IOM (2001)	JCAHO	WHO (2006)	Ministério da Saúde (2015) (SNS)
Dimensões								
Efetividade								
Eficiência								
Acessibilidade								
Segurança								
Equidade								
Adequabilidade								
Pontualidade								
Aceitabilidade								
Recetividade		Respeito escolha informação			Respeito (respect patient centred-ness)		Centrado no doente	
Satisfação								
Melhoria da saúde								
Continuidade								
Outros		Competência técnica		Eficácia		Prevenção detetar cedo		Pertinência dos cuidados

Figura 20. Dimensões da qualidade em saúde

(Adaptado de Legido-Quigley et al., 2008, p.5)

De realçar que as dimensões que serviram de base para a construção de indicadores de qualidade em diferentes países, foram estabelecidas pelo IoM, em 2001, com a publicação do relatório *Crossing the quality chasm*, posteriormente adaptado pela WHO (2006).

Em Portugal, Campos et al. (2010) enumeram a efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito (Figura 21).

**Figura 21.** Enquadramento conceitual das atividades inerentes à qualidade dos cuidados de saúde

(Adaptado de Campos et al., 2010, p. 23)

A inclusão de indicadores de segurança nos programas de qualidade surge como estratégia para promover medidas que fomentem a segurança do doente. Estes são “indicadores de complicações intra-hospitalares” (Fragata, 2011, p. 219), que podem ser adotados e adaptados por diferentes organizações, com diferentes critérios.

Os indicadores de qualidade, funcionam como ferramenta para levar à mudança de comportamentos, de forma a serem atingidas as metas definidas para a instituição. O grupo de indicadores de qualidade mais reconhecido é composto pelos 5Ds *death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction*, morte, doença, incapacidade, desconforto e insatisfação (Mitchell, 2008, p. 1).

Os indicadores hospitalares globais devem contemplar as vertentes conhecidas da qualidade: processo, resultado, estrutura, segurança e satisfação. Porém, é de referir que para além dos indicadores globais ainda podem ser definidos por cada organização indicadores específicos para cada área clínica e especialidade.

É constante a procura da melhoria contínua dos cuidados prestados e de uma “adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais de saúde”, bem como “favorecer a sua capacitação, adequação de condições de trabalho que permitam o exercício apropriado das suas funções e o atendimento das necessidades e expectativas do doente” (A. Lima, 2009, p. 872).

Um dos mecanismos usados na melhoria contínua da qualidade é o ciclo PDCA, criado por Walter Shewhart na década de 20 e difundido por Deming na Década de 50. Permite efetuar, de forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas, estabelecer prioridades na procura da melhoria de soluções e resolução de problemas:

- *Plan*: fase em que se analisam as áreas/atividades ou processos a melhorar,
- *Do*: fase da implementação da mudança/melhoria,
- *Check*: análise e verificação dos dados recolhidos, deteção de possíveis falhas e erros não previstos no processo,
- *Act*: depois de planear a mudança/melhoria, implementa-la e monitoriza-la, surge a fase em que se toma a decisão sobre o seu resultado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade, segundo Walley, citado por Lage e Sousa (2013).

O ciclo de avaliações repete-se até atingir um nível ótimo de qualidade.

Por sua vez, a WHO (2006) sugeriu um processo cíclico para a construção de estratégias para a qualidade (Figura 22):

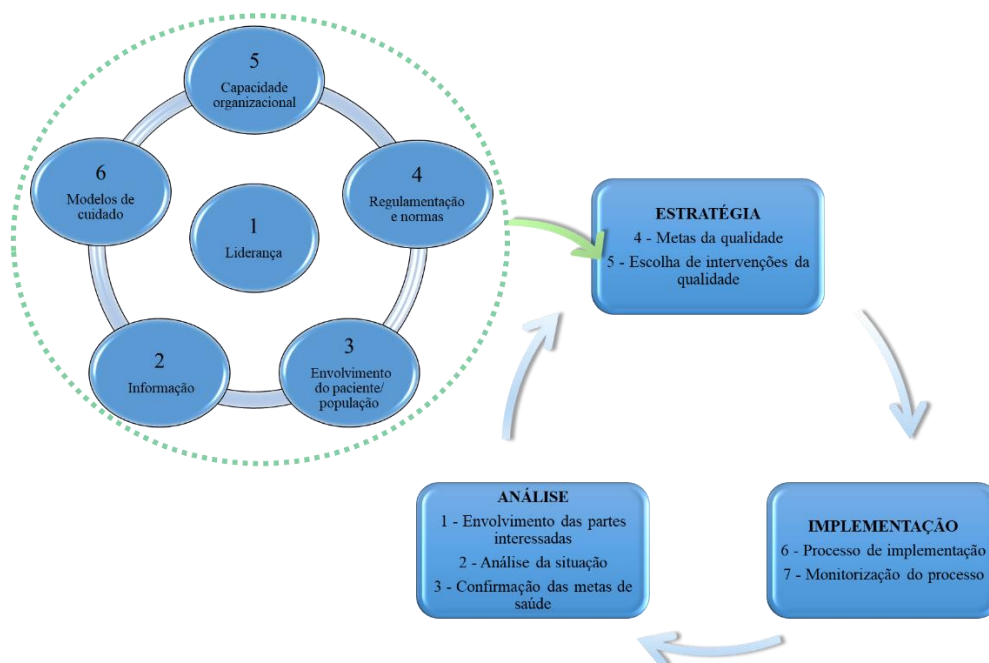


Figura 22. Ciclo de construção da estratégia para a qualidade
(Adaptado de WHO, 2006.)

O processo cíclico compreende: entender o problema, planejar, agir, estudar os resultados e planejar novas ações como resposta. No entanto, as estratégias de melhoria da qualidade não são fixas, perante a resposta aos resultados exigirá que as adaptações sejam feitas aos elementos da estratégia e à sua implementação. Os ciclos de melhoria da qualidade permitem identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Em 2003, a implementação de estratégias de melhoria da qualidade hospitalar, teve um suporte elementar com o aparecimento de uma ferramenta flexível e abrangente de avaliação de desempenho hospitalar projetada pela WHO, a *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) (Veillard et al., 2005). Este sistema apresenta uma abordagem global composta por seis dimensões (Figura 23), que compreende a segurança dos doentes, as equipas e o ambiente envolvente, analisa os resultados e permite traduzi-los em ações de melhoria.

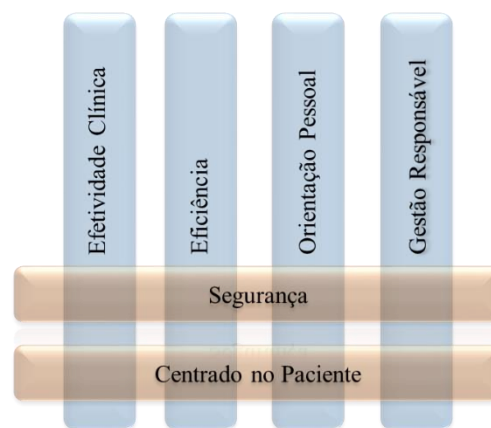


Figura 23. Modelo teórico para a avaliação do desempenho hospitalar - PATH

(Adaptado de Veillard et al., 2005)

É essencial fazer da melhoria da qualidade uma prioridade e aperfeiçoar os níveis gerais de desempenho, para alcançar um objetivo comum de alta performance do sistema de saúde, requerendo um compromisso com a aprendizagem (Legido-Quigley et al., 2008).

Obter a acreditação das instituições de saúde é um objetivo comum de diversos países (Padilha, 2001). A acreditação hospitalar é um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, e a avaliação é realizada por organizações acreditadoras que verificam se as instituições de saúde correspondem às exigências determinadas pela metodologia aplicada (W. Mendes & Moura, 2013).

Na área da saúde, o início do movimento de acreditação ocorreu nos Estados Unidos em 1917, pelo *American College of Surgeons*, mediante a instauração de um programa de padronização hospitalar.

Em 2005, a *Joint Comission* e a JCI foram designadas como colaboradores da WHO, para coordenar trabalhos de desenvolvimento e divulgação de soluções para a segurança do doente, evoluindo para a prestação de serviços de consultoria a programas de acreditação a nível mundial. A JCAHO, também conhecida como JCI, é considerada uma das mais importantes entidades mundiais para a acreditação de padrões assistenciais da qualidade de serviços de saúde e atua em mais de 40 países. É um organismo sem fins lucrativos de acreditação de unidades de saúde. As iniciativas de melhoria contínua da performance e qualidade hospitalar têm em conta as recomendações/metast internacionais adotadas pela JACAHO para 2008, em relação à segurança dos doentes (Revere & Eldridge, 2008).

Em Portugal, a qualidade na saúde e a acreditação das instituições de saúde foi dinamizada a partir de 1999 pelo Instituto da Qualidade em Saúde, através da aplicação de diversas metodologias: Protocolo IQS-KFHQS (*King's Fund Health Quality Service*), *MoniQuOr CS*, *QualiGest*, Normas de Orientação Clínica, *Portuguese Quality Indicators Project*, Programa de Melhoria Contínua da Qualidade, Manual da Qualidade na Admissão e Encaminhamento, Projeto de Qualificação dos Serviços de Aprovisionamento Hospitalar, entre outros.

Posteriormente, foi extinto em 2006 (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro), em que as atribuições relativas à qualidade clínica foram integradas na DGS e as restantes atribuições na Administração Central do Sistema de Saúde. O Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro, veio conferir à DGS competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português.

O Ministério da Saúde aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e designou o Departamento da Qualidade na Saúde com a finalidade de criar um programa de acreditação e implementar uma cultura de qualidade e segurança na saúde, estabelecendo prioridades estratégicas de atuação, na qual está inserida a segurança do doente (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho).

Surgiram comissões de qualidade e segurança em unidades hospitalares, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, para difundir as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança a todos os profissionais de saúde (Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio) pronunciou-se sobre a obrigação das instituições e profissionais de saúde em assegurar a prestação dos cuidados de saúde aos cidadãos, respondendo a critérios da qualidade e que sejam realizados em condições adequadas às necessidades, juntamente com ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, direcionadas para os cuidados curativos e paliativos, e de reabilitação. Tendo sempre como horizonte as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo utente. A evolução da operacionalização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, é publicada anualmente e vigora até 2020.

Relativamente às entidades de acreditação vigentes em Portugal, diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde estão em fase de acreditação ou reacreditação, através de

agências estrangeiras: modelo *King's Fund*, modelo JCI ou a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*. O primeiro estudo sobre projetos de acreditação hospitalar do SNS, foi efetuado em 2005, pela Entidade Reguladora da Saúde que realizou um estudo de avaliação da implementação de acreditação nos hospitais portugueses do SNS.

Concretamente, em relação ao Centro Hospitalar em estudo, o processo de acreditação iniciou-se em outubro de 2005, primeiramente nas unidades hospitalares de Vila Real e Peso da Régua e, posteriormente, em março de 2007, com a constituição do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, foi alargado às unidades hospitalares de Lamego e Chaves. Assim, o CHTMAD é constituído pelas Unidades de Vila Real, Peso da Régua, Lamego, Chaves e Unidade de Cuidados Paliativos de Vila Pouca de Aguiar, obteve a acreditação pela JCI em outubro de 2010.

2.1.4. Avaliação da cultura de segurança em hospitais

A avaliação da cultura de segurança é efetuada através de fatores que a caracterizam ou são indicativos da sua maturidade, no entanto, não existe um grupo comum de fatores definidos como padrões ou representativos para esta avaliação. Por isso, diversos estudos sobre cultura de segurança têm o objetivo de identificar quais são os considerados mais representativos e que possam ser utilizados.

Os fatores para avaliar a cultura de segurança, segundo A. Filho et al. (2011), abrangem:

- 1 - Gestão: atitudes e comportamento da gestão com a segurança;
- 2 - Sistema de segurança: engloba aspectos do sistema de gestão de segurança: permissão para trabalho e políticas, equipas e equipamento de segurança;
- 3 - Risco: percepção do risco no local de trabalho e atitudes face ao risco e à segurança;
- 4 - Pressão no trabalho: ritmo e carga de trabalho;
- 5 - Competência: qualificação, habilidades e conhecimento do trabalhador.

Segundo Nieva e Sorra (2003), a avaliação da cultura de segurança surge para:

- Diagnosticar a cultura de segurança do doente para identificar as áreas de melhoria e aumentar a conscientização sobre a segurança do doente;

- Avaliar as intervenções e programas de segurança do doente e controlar a mudanças;
- Realizar *benchmarking* interno e externo;
- Cumprir as diretivas ou requisitos regulamentares.

A fraca implementação de segurança nos serviços de saúde foi destacada no relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, da WHO, como uma das áreas mais deficitária a nível da investigação (WHO, 2009b).

A DGS (através do Departamento da Qualidade na Saúde), juntamente com a APDH, divulgou, em 2015, um relatório intitulado *Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais*, realizado em 2014, com a colaboração de 55 unidades hospitalares, de acordo com a Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro, na qual se constatou que a cultura de segurança do doente ainda não se encontra estabelecida como prioridade. De realçar que o relatório da DGS (2015) infere que a avaliação e a obtenção de resultados sobre a cultura de segurança do doente permite aos hospitais:

- Diagnosticar a sua cultura de segurança, para identificar áreas de melhoria;
- Avaliar o impacto, na segurança dos doentes, de intervenções e programas e monitorizar mudanças ao longo do tempo;
- Efetuar *benchmarking* interno e externo;
- Elaborar e/ou complementar relatórios, com vista aos processos de certificação e acreditação nos domínios da qualidade e segurança dos serviços de saúde;
- Cumprir requisitos regulamentares ou diretivas, nomeadamente, as recomendações da UE;
- Identificar indicadores que ajudem a implementar, no hospital, projetos centrados na segurança dos doentes;
- Identificar problemas na cultura de segurança dos doentes, a partir dos quais se possam determinar abordagens e métodos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Identificar e aperfeiçoar formas de cruzar e combinar dados sobre a cultura de segurança com outras fontes de dados sobre a segurança dos doentes e qualidade dos serviços. (p.4)

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

A investigação científica “consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar fatos, acontecimentos ou fenómenos”, “é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas” (Fortin et al., 2009, p. 4). É através dela que se reflete e problematizam os problemas com origem na prática, que se suscita o debate e se edificam ideias novas (Coutinho, 2014).

Como linha orientadora e base do processo de investigação surge a metodologia que orienta o investigador no trabalho a ser desenvolvido, e tem como objetivo “precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação” (Fortin et al., 2009, p. 214). Em suma, são os processos, as técnicas as práticas, utilizadas para recolher, processar e analisar os dados (J. Ribeiro, 2010).

A metodologia de investigação constitui um método particular de aquisição de conhecimentos, sendo uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões, e como tal, um caminho ou conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim (Reis, 2010).

3.1. DESENHO DO ESTUDO

O desenho da investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro. É um conjunto de decisões que permite “edificar uma estrutura, e explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin et al., 2009, p. 214). Refere-se à “estrutura geral ou plano de investigação de um estudo” (J. Ribeiro, 2010, p. 51).

Tendo como fundamento os objetivos foi delineado o desenho do estudo. A Figura 22 integra as variáveis e as relações a analisar.



Figura 24. Desenho do estudo

3.2. TIPO DE ESTUDO

Para Fortin et al. (2009), o tipo de estudo varia em função do que se pretende, descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

Perante a natureza desta investigação, o estudo desenvolve-se segundo um desenho descritivo-correlacional e de corte transversal, com abordagem quantitativa. Como população alvo foram incluídos todos os profissionais de saúde a desempenhar funções no CHTMAD E.P.E. no período de recolha de dados.

A finalidade do estudo descritivo-correlacional é explorar as relações entre as variáveis e descrever as mesmas, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado (Fortin et al., 2009).

É um estudo descritivo pois “fornece informação acerca da população em estudo” e é transversal, visto que foca geralmente “um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento” (J. Ribeiro, 2010, p. 52). Fortin et al. (2009) partilham da mesma ideia, afirmando que “o estudo descritivo fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos” (p. 237).

O estudo correlacional permite, segundo Fortin et al. (2009), verificar a natureza das relações que existem entre determinadas variáveis. Estas relações apoiam-se em trabalhos de investigação anteriores ou em bases teóricas. A análise consiste em determinar, com a ajuda de diversas estimativas, estatísticas da correlação, a natureza desta relação, ou seja, a sua força e a sua direção. O elemento determinante que caracteriza o estudo correlacional propriamente dito, reside na especificidade das variáveis escolhidas relativamente ao fenómeno estudado. As variáveis não são ao acaso, são escolhidas em função de um quadro teórico e da variação ou da mudança que podem exercer umas sobre as outras. O estudo transversal permite “medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin et al., 2009, p. 252). A investigação quantitativa para Fortin et al. (2009):

assenta no paradigma positivista, que tem a sua origem nas ciências físicas (...) baseia-se na crença de que os seres humanos são formados de partes, que podem ser medidas. As questões de investigação referem-se à exploração ou à determinação de relações entre conceitos, sendo o objetivo estabelecer fatos, determinar relações. (p.41)

Caracteriza-se “por se apresentar através de números (ou seja por entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo)” (J. Ribeiro, 2010, p. 79).

3.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A palavra hipótese deriva etimologicamente do grego *hypothesis*, *hypo* que significa *sob* e *Thesis*, *proposição*, *colocação* que tem a definição de *colocar alguma coisa debaixo de*, e designa *uma base de um argumento, suposição*. É uma proposição que funciona como “ponto de apoio para uma investigação” (G. Magalhães, 2005, p. 263).

A hipótese combina o problema e o objetivo, numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo, e são a base da expansão dos conhecimentos, quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar (Fortin et al., 2009). É um “enunciado formal sobre

as relações antecipadas entre variáveis” (Fortin et al., 2009, p. 166), que se propõem “clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê, (...) fornecem evidência de que as teorias predizem os acontecimentos do mundo real” (J. Ribeiro, 2010, p. 35).

Com base no referencial teórico e os objetivos delineados formulou-se a seguinte questão de investigação:

Questão 1: Que dimensões da cultura de segurança do doente se relacionam com as variáveis socioprofissionais/demográficas, bem como com a personalidade resistente?

Tendo em conta as “variáveis-chave e a população alvo” (Fortin et al., 2009, p. 165), formularam-se as seguintes hipóteses:

H₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho em equipa* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₃ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₄ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₅ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *percepções gerais sobre a segurança do doente* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de

trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência da formação sobre segurança do doente.

H₆ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *feedback e comunicação acerca o erro* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₇ - Existe relação estaticamente significativa entre a *abertura na comunicação* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₈ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *frequência da notificação de eventos* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₉ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho entre as unidades* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₁₀ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *dotação de profissionais* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₁₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *transições* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

H₁₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *resposta ao erro não punitiva* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

- H₁₃** - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho em equipa* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₄** - Existe relação estatisticamente significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₅** - Existe relação estatisticamente significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₆** - Existe relação estatisticamente significativa entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₇** - Existe relação estatisticamente significativa entre as *percepções gerais sobre a segurança do doente* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₈** - Existe relação estatisticamente significativa entre o *feedback e comunicação acerca o erro* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₁₉** - Existe relação estatisticamente significativa entre a *abertura na comunicação* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₂₀** - Existe relação estatisticamente significativa entre a *frequência da notificação de eventos* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₂₁** - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho entre as unidades* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₂₂** - Existe relação estatisticamente significativa entre a *dotação de profissionais* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₂₃** - Existe relação estatisticamente significativa entre as *transições* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).
- H₂₄** - Existe relação estatisticamente significativa entre a *resposta ao erro não punitiva* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

3.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA EM ESTUDO

Fortin et al. (2009) define população como “um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (p. 311).

Segundo os mesmos autores, a população que é considerada objeto do estudo, é denominada de população alvo. Abrange “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin et al., 2009, p. 311). Neste estudo é constituída pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos superiores, técnicos auxiliares de diagnóstico, assistentes operacionais e administrativos) a exercer funções no CHTMAD no período de recolha de dados deste estudo.

No estudo são aplicados os seguintes critérios de inclusão relativamente à amostra:

- Concordar em participar voluntariamente no estudo através do preenchimento do questionário;
- Excluir do estudo todos os profissionais de saúde que se encontravam ausentes no período de recolha de dados.

Após aplicação dos critérios obteve-se uma amostra de 1.056 profissionais de saúde, tratando-se de uma amostra não probabilística e accidental.

Numa amostra não probabilística, a “probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida” (J. Ribeiro, 2010, p. 42), “consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população” (Fortin et al., 2009, p. 314).

A amostra accidental ou de conveniência “consiste em escolher indivíduos, pelo fato da sua presença, num local determinado e num preciso momento” (Fortin et al., 2009, p. 321). “São amostras simples constituídas por indivíduos que acidentalmente participaram no estudo” (J. Ribeiro, 2010, p. 42).

3.5. INSTRUMENTOS

Na perspetiva de Madalosso (2000), as técnicas de recolha de dados são determinadas pelo tipo de metodologia que define o estudo.

Tendo em conta que algumas questões, são de carácter sensível e poderiam suscitar desconforto por parte dos inquiridos na sua prática profissional diária ou lesar os seus direitos fundamentais, optou-se pela aplicação do questionário como instrumento de recolha de dados. Fortin et al. (2009) mencionam que o questionário é “um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte do sujeito (...) ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (p. 380).

Tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Fortin et al., 2009).

O questionário permite ser distribuído a grupos de qualquer tamanho, ser preenchidos pelos próprios participantes, não necessita da presença do investigador, e obtêm-se respostas mais rápidas e precisas, os enviesamentos são quase impossíveis, o anonimato é garantido permitindo maior liberdade nas respostas. O investigador não manipula o inquirido e o questionário é uniformizado. Em contrapartida, a sua aplicação pode levar a uma maior probabilidade de existirem questões que não são respondidas, à impossibilidade de esclarecer dúvidas e a uma má compreensão do inquirido perante questões formuladas.

Segundo a *European Society for Quality in Healthcare*, existem vários instrumentos utilizados na avaliação da segurança do doente cultura/clima/resiliência e propriedades psicométricas (Kristensen & Bartels, 2010). Neste estudo, o instrumento de colheita de dados utilizado é o questionário do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), considerado o instrumento de colheita de dados mais indicado “pelas suas propriedades psicométricas favoráveis, isto é, apresenta atributos como confiabilidade e validade, que lhe permitem medir com exatidão e fiabilidade, o fenómeno a ser estudado” (Mello & Barbosa, 2013, pp. 1125-1126).

O HSOPSC surgiu perante a necessidade da implementação de uma ferramenta para avaliar a cultura de segurança dos doentes em instituições de saúde, foi fundado pela AHRQ e desenvolvido por uma organização privada de pesquisa (sob contrato da AHRQ), surgindo publicamente em 2004. Foi divulgado em diversos países, traduzido em 23 línguas e é utilizado aproximadamente em 41 países. Foi validado para Portugal por Eiras (2011) e proposta a sua aplicação, pela DGS, em 2014, em todos os hospitais do Sistema de Saúde.

É um questionário que permite aos “hospitais avaliarem de que forma as suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implementação de atividades voltadas para essa finalidade” (Massoco & Melleiro, 2015, p. 188). É composto por 12 dimensões e 42 itens, com a inclusão de duas variáveis de item único: grau de segurança do doente e número de eventos adversos notificados nos últimos 12 meses. Surge sob a forma de escala de *Likert* graduada em seis níveis para os 42 itens, desde *discordo fortemente* ou *nunca*, até *concordo fortemente* ou *sempre*, podendo ainda assinalar-se *não se aplica*. A “escala de *Likert* é a mais utilizada na avaliação de atitudes, consiste numa série de afirmações em que os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância numa escala de intensidade” (J. Ribeiro, 2010, p. 88).

As dimensões de cultura de segurança dividem-se entre “dimensões de cultura de segurança que ocorrem no âmbito das unidades (sete dimensões) e dimensões da cultura de segurança no âmbito hospitalar (três dimensões), as outras duas variáveis de resultado estão incluídas no questionário” (Massoco & Melleiro, 2015, p. 188). As dimensões avaliam a cultura de segurança do doente em contexto hospitalar (Sorra, Nieva, Famolaro & Dyer, 2007).

Para a análise dos resultados, as 12 dimensões foram agrupadas em três áreas (Tabela 5):

Tabela 5. Agrupamento das dimensões do HSOPSC

Dimensões que ocorrem ao nível da unidade	1 - Trabalho em equipa 2 - Expectativas e ações do gestor/supervisor na promoção da segurança do doente 4 - Aprendizagem organizacional – Melhoria contínua 6 - Feedback e comunicação acerca do erro 7 - Abertura na comunicação 10 - Dotação de profissionais 12 - Resposta ao erro não punitiva
Dimensão que ocorre no âmbito do hospital	3 - Apoio à segurança do doente pela gestão 9 - Trabalho entre as unidades 11 - Transições hospitalares
Variáveis de resultado	5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente 8 - Frequência da notificação de eventos Número de ocorrências notificadas Grau de segurança do doente

Fonte: Sorra e Nieva, 2004.

A operacionalização das dimensões do HSOPSC, segundo Sorra et al. (2007), abrangem:

- **Dimensão 1: Trabalho em equipa:** os profissionais apoiam-se mutuamente, tratam-se com respeito e trabalham em conjunto como equipa;

- **Dimensão 2: Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente:** os supervisores/gestores têm consideração pelas sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do doente, premeiam-nos pelas iniciativas relacionadas com a segurança do doente e não ignoram os problemas relacionados com a segurança do doente;
- **Dimensão 3: Apoio à segurança do doente pela gestão:** a gestão do hospital proporciona um ambiente que promove a segurança do doente e estabelece-o como prioritário;
- **Dimensão 4: Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua:** existe uma cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas e posteriormente são avaliadas com o objetivo de ganhos efetivos;
- **Dimensão 5: Percepções gerais sobre a segurança do doente:** os procedimentos e os sistemas são capazes de prevenir os erros;
- **Dimensão 6: Comunicação e feedback acerca do erro:** os profissionais são informados acerca dos erros existentes na instituição, das mudanças implementadas e são discutidas formas de prevenção do erro;
- **Dimensão 7: Abertura na comunicação:** os profissionais dialogam abertamente acerca de situações que possam afetar negativamente a segurança do doente;
- **Dimensão 8: Frequência da notificação:** todos os erros são notificados:
 - 1) Erros identificados e corrigidos antes de afetarem o doente,
 - 2) Erros sem potencial para causar dano/lesão,
 - 3) Erros que podiam causar danos/lesões ao doente, mas não aconteceu.
- **Dimensão 9: Trabalho entre unidades:** as unidades do hospital coordenam-se e cooperam entre si com um objetivo comum;
- **Dimensão 10: Dotações de profissionais:** existem recursos humanos satisfatórios para dar resposta ao trabalho com qualidade;
- **Dimensão 11: Transições:** a informação relativa aos cuidados prestados é transferida na mudança de turno, bem como na transferência do doente para outro serviço/unidade;

- **Dimensão 12: Resposta ao erro não punitiva:** os profissionais sentem que os erros cometidos e as notificações dos seus erros não são usados contra eles e não são arquivados nos seus processos.

Tabela 6. Dimensões do questionário HSOPSC

Item	Dimensões do questionário HSOPSC
Trabalho em equipa	
A1	Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se
A3	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer
A4	Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito
A11	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	
B1	O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos
B2	O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente
B3 r	Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos
B4 r	O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
Apoio à segurança do doente pela gestão	
F1	A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente
F8	As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades
F9 r	A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	
A6	Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente
A9	Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas
A13	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente
Perceções gerais sobre a segurança do doente	
A10 r	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade
A15	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho
A17 r	Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente
A18	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer
Feedback e Comunicação acerca do erro	
C1	É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências
C3	Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/unidade
C5 r	Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer
Abertura na comunicação	
C2	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
C4	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos
C6 r	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
Frequência da notificação de eventos	
D1	Quando ocorre um erro/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?
D2	Quando ocorre um erro/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?
D3	Quando ocorre um erro/ocorrência, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece, com que frequência é notificado?
Trabalho entre as unidades	
F2 r	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros
F4	Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente
F6 r	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital
F10	Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente
Dotação de profissionais	
A2	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
A5 r	Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados
A7 r	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável
A14 r	Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa
Transições	
F3r	A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para o outro
F5 r	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno
F7 r	Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital
F11 r	As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente
Resposta ao erro não punitiva	
A8 r	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles
A12 r	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si
A16 r	Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal

Fonte: Adaptado de Eiras, 2011, p.92

O HSOPSC está dividido em oito secções, de A a H:

Secção A - 18 Questões sobre o serviço/unidade de trabalho;

Secção B - 4 Questões sobre o superior hierárquico;

Secção C - 6 Questões sobre comunicação;

Secção D - 3 Questões sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrências;

Secção E - Grau de segurança do doente;

Secção F - 11 Questões sobre o Hospital;

Secção G - Número de eventos/ocorrências notificadas;

Secção H - Dados socioprofissionais e demográficos.

O questionário integra questões formuladas positivamente e negativamente (identificadas com “r”: A5r, A7r, A8r, A10r, A12r, A14r, A16r, A17r, B3r, B4r, C6r, F2r, F3r, F5r, F6r, F7r, F9r, F11r), sendo recomendado por Sorra e Nieva (2004), aquando da análise global das dimensões, que seja invertida a escala das perguntas que estão no sentido negativo para facilitar a análise e a recodificação das respostas em 3 categorias de acordo com a Tabela 7.

Tabela 7. Recodificação da escala HSOPSC

Código Base	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
Recodificação	Negativo		Neutro	Positivo	

Fonte: Adaptado de Sorra e Nieva, 2004.

Assim, para a análise e interpretação dos resultados procedeu-se à recodificação dos itens. Quando um item é colocado pela negativa, o percentual de respostas negativas passa a ser considerado como positivo. Esta troca foi realizada mediante o programa estatístico, assim os resultados são apresentados em termos de média de percentual de valores positivos. O percentual de respostas positivas na dimensão ou item é o principal indicador de análise, pelo que a percentagem de respostas positivas nos diferentes itens permite identificar as fortalezas e as áreas a necessitar de melhoria na cultura de segurança do doente.

Foi também seguido o critério definido pela AHRQ, em que para a classificação de um fator como forte, define uma percentagem $\geq 75\%$ de respostas positivas; se existirem respostas com percentagem $\leq 50\%$ de respostas positivas este fator identifica uma área problemática pelo que se está perante uma cultura de segurança com aspetos negativos e que necessitam de intervenção. Para os valores intermédios $>50\%$ e $<75\%$, a AHRQ não apresenta classificação, pelo que a orientação metodológica seguida será baseada nos autores Fernandes e Queirós (2011, p. 40), que afirmam que “os resultados entre 50% e 75%, não são considerados problemáticos”. Os autores corroboram ainda que 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”, pelo que devem ser encarados como oportunidade de melhoria.

Os questionários (Apêndice A), foram disponibilizados em suporte de papel aos chefes/responsáveis de serviço (juntamente com um número equivalente de envelopes) e foi solicitada a sua colaboração no sentido de os disponibilizar aos elementos da equipa e posterior recolha. No preâmbulo do questionário, apresentou-se de forma sucinta, a identificação do investigador, a finalidade e os objetivos do estudo, a identificação dos orientadores, os instrumentos a utilizar, o carácter voluntário e o anonimato das respostas. Após a receção dos questionários respondidos, foram adotados critérios de exclusão para aqueles que eram considerados inválidos, os critérios basearam-se nos instituídos por Sorra e Nieva (2004), em que a exclusão é feita perante questionários que tivessem:

- Secção (a), (c) ou (f) em branco;
- Secção (b) e (d) simultaneamente em branco;
- Mais de metade dos itens por responder, em diferentes secções;
- A mesma resposta em todos os itens.

O questionário integra ainda a escala da personalidade resistente proveniente do questionário *Desgaste profissional em enfermeiros* (Garrosa et al., 2008), sob a forma de escala de *Likert* graduada em 5 níveis, desde *discordo totalmente* (1), *discordo* (2), *concordo* (3), até *concordo totalmente* (4), num total de 12 questões. As pontuações totais de personalidade resistente e suas dimensões obtêm-se através da média ponderada dos valores atribuídos pelos sujeitos aos itens, a pontuação mais elevada indica intensidade mais elevada.

Para a aplicação de ambas escalas foi solicitada a permissão dos autores originais, previamente citados (Apêndice B).

3.6. VARIÁVEIS

As variáveis são as unidades de base da investigação, “são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo (...) tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados” (Fortin et al., 2009, p. 171). Constituem um “elemento central dado ser à volta delas que se estrutura a investigação, é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante” (J. Ribeiro, 2010, p. 36).

As variáveis são classificadas mediante o papel que exercem na investigação podendo ser “independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas” (Fortin et al., 2009, p. 171). Como se pretende desenvolver um estudo correlacional descritivo e transversal foi adotada a classificação proposta por Fortin et al. (2009): variáveis de investigação e de atributo.

As variáveis de investigação são “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas. Não há variáveis independentes a manipular nem relações de causa efeito a examinar” (Fortin et al., 2009, p. 171). As variáveis atributo são “características pré-existentes num estudo (...), são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família” (Fortin et al., 2009, p. 172).

Nos estudos correlacionais descritivos e transversais não existem variáveis independentes a controlar, dispõe-se unicamente da informação de um determinado momento no tempo, a informação relativa às variáveis a analisar ocorre ao mesmo tempo, assim determinada variável não poderá ser causa da mudança de outra variável. Pelas razões previamente descritas, neste estudo, classificam-se como variáveis de investigação: a perceção dos profissionais de saúde sobre cultura de segurança do doente e as suas dimensões; personalidade resistente e as suas dimensões. As variáveis de atributo a analisar integram as características dos participantes: características socioprofissionais/demográficas e individuais.

3.7. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa informático IBM - SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 20. Para a comparação de médias entre mais de dois grupos independentes, recorreu-se à análise de variância *ANOVA* (com verificação de homogeneidade de variâncias através do *teste Levene*). Recorreu-se ao *teste de Bonferroni* para as comparações múltiplas, entre dois ou mais grupos e o teste de *Tamhane*. A comparação das médias entre dois grupos independentes foi realizada com recurso ao T-teste.

Nas ciências sociais utiliza-se com frequência os coeficientes de correlação para determinar e explicar as relações entre variáveis. Assim a correlação entre as variáveis intervalares em estudo foi determinada com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*, com os níveis de significância destacados na Tabela 8, baseado nos autores Pestana e Gageiro (2014).

Tabela 8. Níveis de significância

Níveis de significância	Classificação do nível de significância
$p > 0,05$	Não significativo
$p \leq 0,05$	Significativo
$p < 0,01$	Bastante significativo
$p < 0,001$	Altamente significativo

Fonte: Adaptado de Pestana e Gageiro, 2014.

A seleção destes testes paramétricos teve em consideração a dimensão elevada da amostra e a simetria apresentada pelas distribuições.

3.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem. “Os aspetos éticos são decisivos em investigação, pois sem um código de ética que aponte limites oriente os passos da investigação é a própria investigação que fica em causa” (J. Ribeiro, 2010, p. 155). Ao serem estudados fenómenos biopsicossociais, os investigadores “podem provocar danos, de forma consciente ou não, na integridade das pessoas com quem entram em relação ou na sua vida privada, ou ainda causar-lhes prejuízos” (Fortin et al., 2009, p. 180).

O código de Nuremberga, estabelece regras e princípios éticos na investigação sobre seres humanos e serviu de base à Declaração de Helsínquia (Fortin et al., 2009). Esta defende, que se devem salvaguardar integralmente os direitos dos sujeitos investigados, nomeadamente a privacidade e a confidencialidade da informação.

Os princípios éticos principais formulados no *Énoncé de politique des trois Conseils*, são mencionados por Fortin et al. (2009): “Respeito pelo consentimento livre e esclarecido, pelos grupos vulneráveis, pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais, pela justiça e equidade, pelo equilíbrio entre vantagens e inconvenientes e redução dos inconvenientes e pela otimização das vantagens” (p. 186).

Para dar cumprimento às normas éticas e deontológicas deste tipo de estudo, numa primeira instância, foi pedida autorização por escrito ao conselho de administração do CHTMAD (Apêndice C) para a aplicação do questionário aos profissionais de saúde a exercer funções no hospital.

Aquando da aplicação do questionário, foi pedido um consentimento livre e esclarecido. O consentimento, para Fortin et al. (2009):

é a aquiescência dada por uma pessoa para a participação num estudo (...) é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação, coerção ou pressão (...) para que o consentimento seja esclarecido é preciso que a pessoa possua toda a informação necessária para poder julgar das vantagens e dos inconvenientes da sua participação. (p.193)

Significa que “o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve. Nenhum meio de coerção pode ser utilizado para levar o sujeito a participar numa investigação” (Fortin et al., 2009, p. 186).

A confidencialidade da informação recolhida, foi mantida através da inclusão de envelopes anexos a cada questionário, para que os profissionais de saúde, após o seu preenchimento o colocassem no respetivo envelope, devidamente lacrado. A confidencialidade da informação foi garantida em todas as etapas do estudo.

CAPÍTULO IV-APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Caracterização Socioprofissional e Demográfica da Amostra

Tendo em conta as considerações das autoras Sorra e Nieva (2004), perante um número de 1.799 questionários entregues no CHTMAD, foram considerados válidos para análise estatística o total de 1.056, sendo excluídos 551 que se encontravam incompletos, 92 sem estarem preenchidos e 100 que se extraviaram, o que perfaz um total de 743. Assim, a amostra do estudo é constituída por 1.056 participantes que responderam adequadamente ao questionário, com uma taxa de adesão de 58,7%.

A média de idades da amostra é de 42,2 anos, com um desvio padrão de 9,5, sendo a maioria dos sujeitos do sexo feminino (73,8%), com predominância da faixa etária dos ≥ 45 anos (41,6%), seguida da faixa etária dos 40-44 anos de idade (17,8%). Encontram-se maioritariamente casados/união de facto (65,3%), e quando questionados relativamente ao número de filhos, 34,6% afirmou ter dois filhos, 31,3% um filho, e unicamente um participante com seis filhos (Tabela 9). No que concerne à relação pessoal da amostra, 80,3% afirmou que se encontra com o seu parceiro habitual e 12,4% não tem parceiro.

Tabela 9. Caracterização sociodemográfica da amostra

		N	%
Género	Feminino	779	73,8
	Masculino	277	26,2
Idade	< 30 anos	92	8,7
	30-34 anos	182	17,2
	35-39 anos	153	14,5
	40-44 anos	188	17,8
	≥ 45 anos	441	41,6
Estado civil	Casados/união de facto	690	65,3
	Solteiros	214	20,3
	Divorciados	134	12,7
	Viúvos	18	1,7
Relação pessoal	Parceiro habitual	848	80,3
	Não têm parceiro habitual	77	7,3
	Não tem parceiro	131	12,4
Número de filhos	Não tem filhos	295	27,9
	1	331	31,3
	2	365	34,6
	3	53	5,0
	4	7	0,7
	5	4	0,4
	6	1	0,1

Os sujeitos desempenham maioritariamente (80,7%) funções em serviços acreditados/certificados, face a 19,3% que respondeu negativamente (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição da amostra segundo a acreditação/certificação do serviço onde trabalha

Serviço/unidade acreditado/certificado	N	%
Sim	852	80,7
Não	204	19,3
Total	1056	100

O grupo profissional representativo da amostra é o de Enfermagem (45,8%), seguido dos Assistentes Operacionais (22%), dos Médicos (15%), e dos Administrativos (7,8%), conforme se pode visualizar na Figura 25.

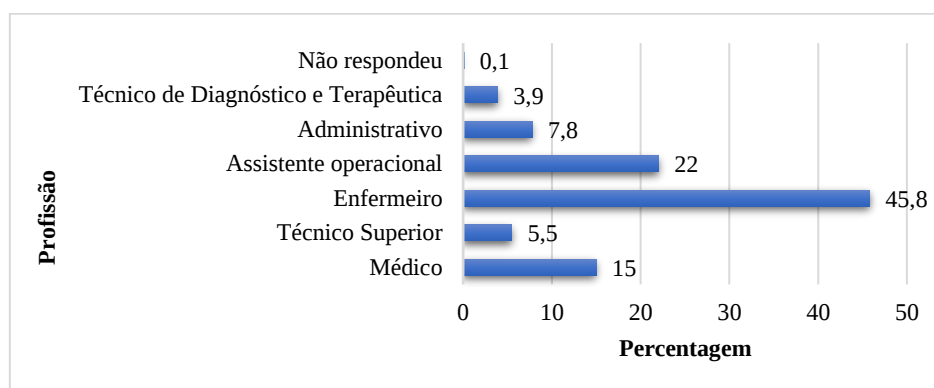


Figura 25. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional

Quanto à experiência no serviço/unidade, pode comprovar-se que 25,1% (265) exerce funções no serviço há 145 a 240 meses, seguido de 23,5% (248) entre 85 a 144 meses. Em relação ao tempo de experiência na instituição, observa-se que 31,3% (331) dos participantes trabalha no hospital há 241 meses ou mais, seguindo de 29,6% (313) entre os 145 a 240 meses e uma minoria (1,0%) de 6 a 11 meses (Figura 26). Os participantes exercem maioritariamente funções na profissão atual há 241 meses ou mais com 37,7%, seguido de 26,4% há 145 a 240 meses.

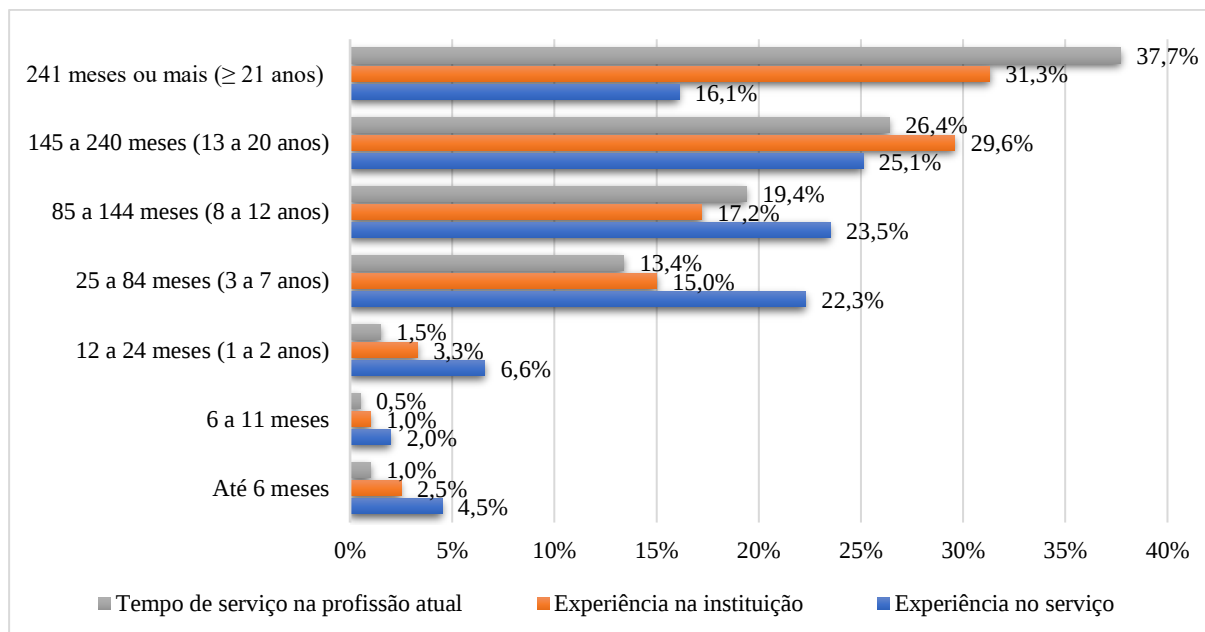


Figura 26. Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço na profissão actual, experiência na instituição e no serviço

Os profissionais possuem essencialmente licenciatura com 51,6% (545), seguidamente surge o mestrado com 19,2% (203), e em minoria encontra-se o doutoramento (0,6%) e o 6º ano de escolaridade (0,3%) (Figura 27).

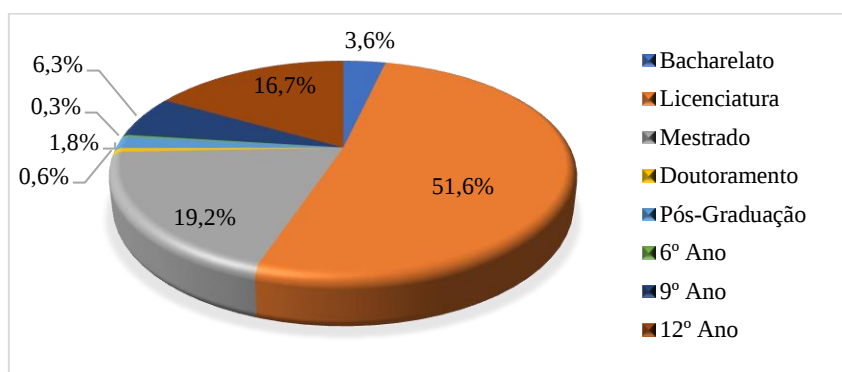


Figura 27. Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas

Dos participantes, 23,5% (248) afirmou ser detentor de uma especialidade, face a 76,5% (808) que respondeu negativamente. A que se destaca é a Enfermagem Médico/Cirúrgica (5,1%), seguida da Enfermagem de Reabilitação (3,2%), de realçar a grande percentagem de sujeitos que não respondeu à questão (76,4%) (Figura 28).

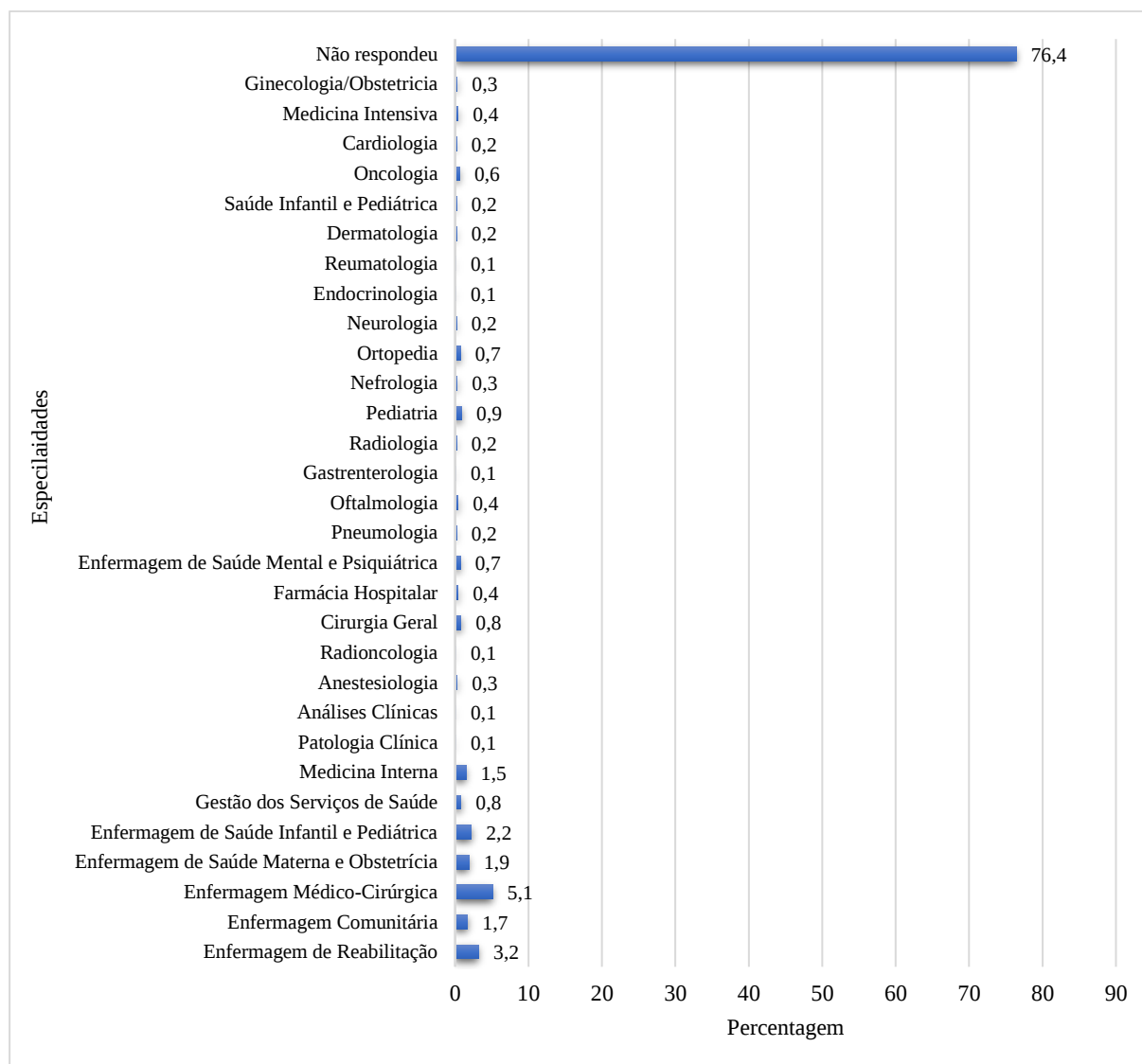


Figura 28. Distribuição da amostra segundo a especialização

A situação laboral da amostra identifica-se maioritariamente no quadro da instituição (59,2%), com uma representação menor (1,4%) da prestação de serviço (Tabela 11).

Tabela 11. Distribuição da amostra segundo a situação laboral

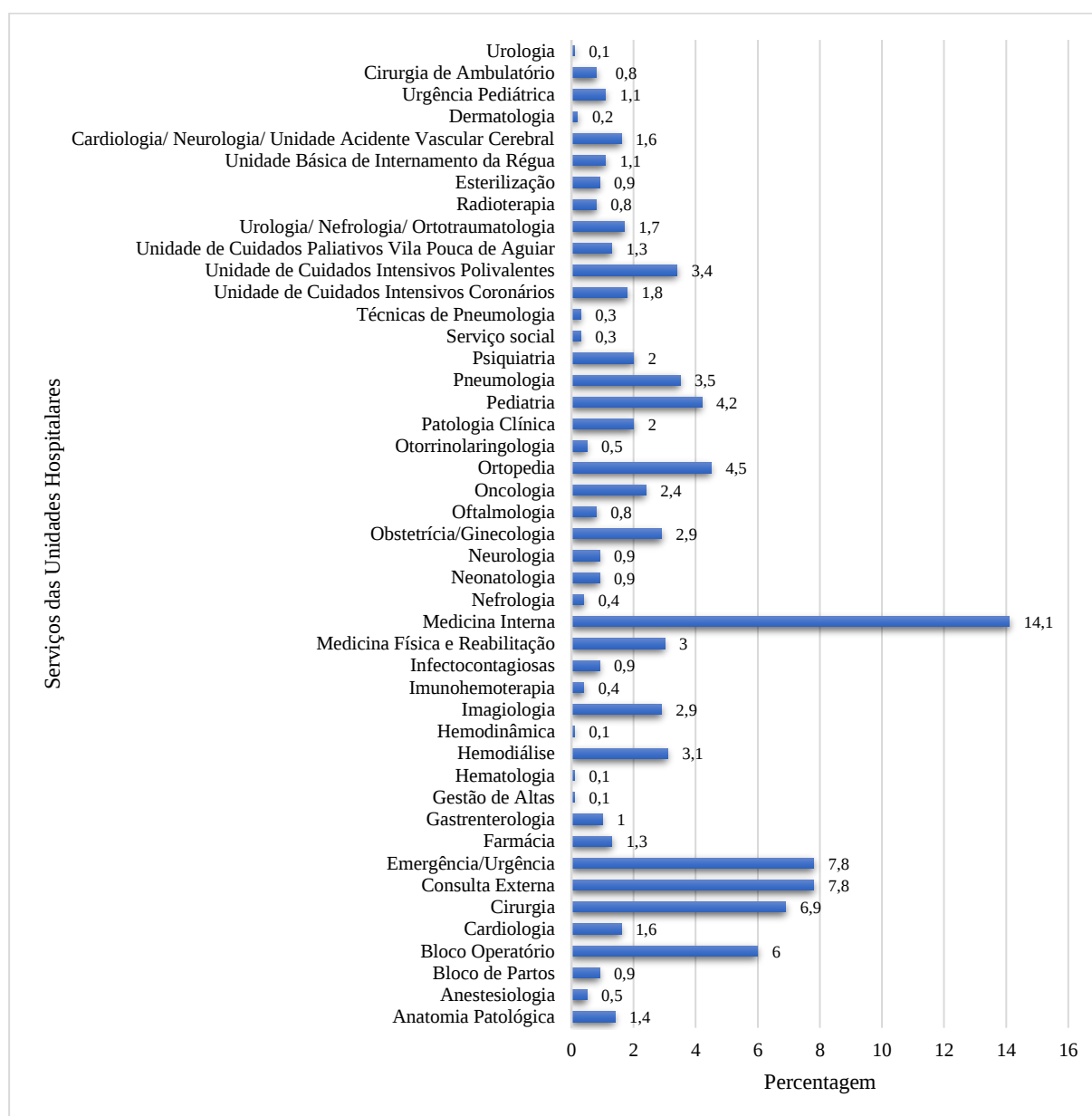
Situação laboral	N	%
Contratado	416	39,4
Quadro	625	59,2
Prestação de serviço	15	1,4
Total	1056	100

As funções são desempenhadas essencialmente na Unidade Hospitalar de Vila Real (64,2%), seguido da Unidade Hospitalar de Chaves (22,4%), e uma minoria (1,1%) na Unidade Hospitalar da Régua (Tabela 12).

Tabela 12. Distribuição da amostra segundo a Unidade Hospitalar onde desempenham funções

Unidade Hospitalar	N	%
Vila Real	678	64,2
Chaves	237	22,4
Lamego	116	11,0
Régua	12	1,1
Vila Pouca de Aguiar	13	1,2
Total	1056	100

Pela análise da Figura 29, o serviço identificado com destaque e que abrange um maior número de trabalhadores é o de Medicina Interna, com 14,1% (149), seguido do serviço de Emergência/Urgência e da Consulta Externa, ambos com 7,8% (82).

**Figura 29.** Distribuição da amostra segundo o serviço onde trabalha

O tipo de horário usual entre os participantes é o de *roulement* (turnos), com 58,6% (619), e o horário fixo apresenta uma percentagem de 41,4% (437).

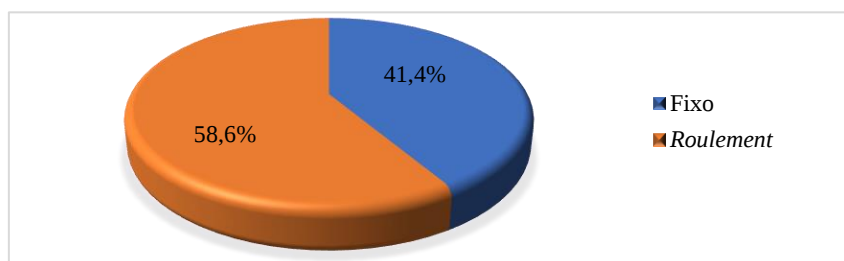


Figura 30. Distribuição da amostra segundo o tipo de horário

Os sujeitos desempenham funções no mesmo horário há 1 a 100 meses com uma percentagem de 38% (401), perante uma minoria de 2,2% (23) entre os 401 a 500 meses (Figura 31).

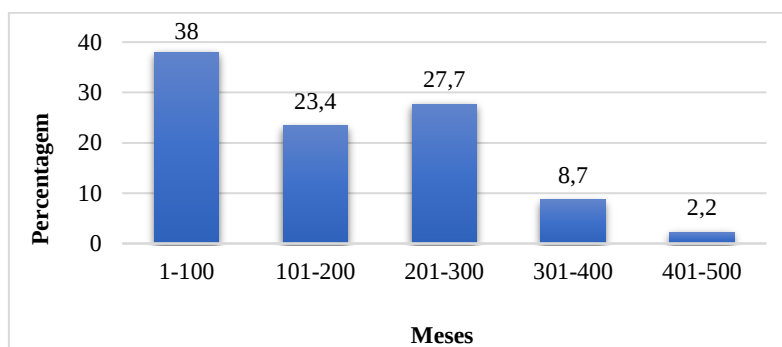


Figura 31. Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço no mesmo horário

A sequência semanal de turnos mais frequente é a MMMMMFF (34,8%), seguida da TTMNFF (17,7%), e uma percentagem inferior de 1,7% evidencia-se na sequência TMMNFFTMMN (Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição da amostra segundo a sequência de turnos

Sequência de turnos	N	%
TTMNFF	187	17,7
MNFTMNF	98	9,3
TMMNFFTMMN	18	1,7
TMNFTMNF	133	12,6
TMMNFTMMNF	36	3,4
TTMNTFFT	20	1,9
MMMMMFF	367	34,8
MTMTMFF	121	11,5
Variável sem sequência	76	7,2
Total	1056	100

Na generalidade, os profissionais trabalham 21 a 40 horas semanais com 84,8% (895), seguido de 15,2% (160) com 41 a 60 horas semanais e apenas 0,1% (1) com 61 a 80 horas semanais (Figura 32).

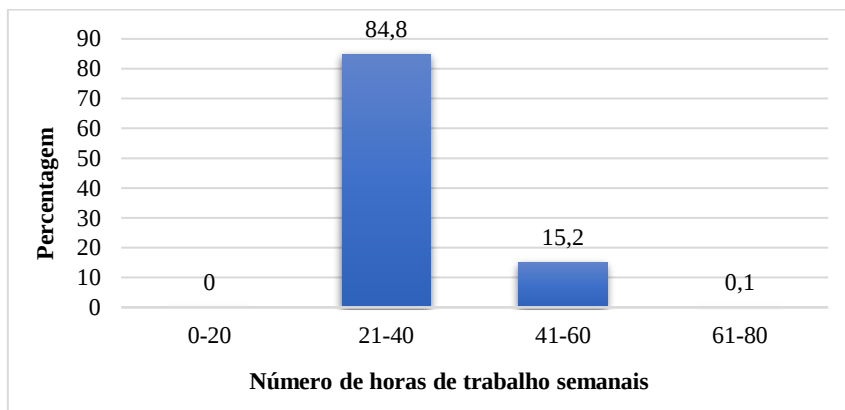


Figura 32. Distribuição da amostra segundo o número de horas semanais de trabalho

A frequência com que a amostra trabalha mais de 8 horas seguidas é de *1 a 2 vezes por semana* com 55,2% (583), seguido do *nunca* com 24,1% (255) e *mais de 3 vezes por semana* com 20,6% (218), de acordo com a Figura 33.

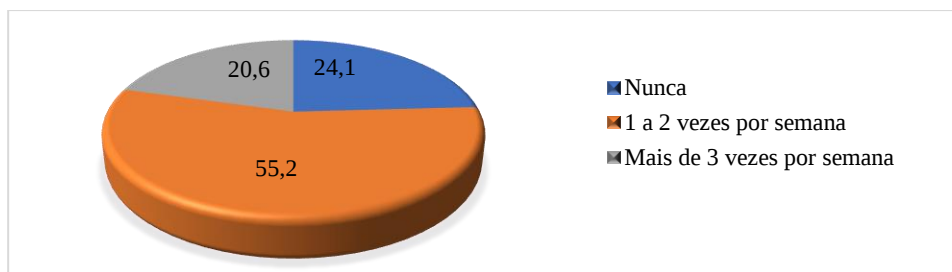


Figura 33. Distribuição da amostra segundo a frequência com que trabalha mais de 8 horas seguidas por semana

Os participantes do estudo atendem, em média, 0 a 21 doentes por dia (82,9%), seguido de 22 a 42 doentes (12,4%), e uma minoria de 0,3% (3) atende 64 a 84 doentes (Tabela 14).

Tabela 14. Distribuição da amostra segundo o número de doentes que atende por dia

Número de doentes que atende por dia	N	%
0-21 doentes	875	82,9
22-42 doentes	131	12,4
43-63 doentes	47	4,5
64-84 doentes	3	0,3
Total	1056	100

Averiguou-se que o tempo médio de interação com os doentes durante o período laboral, é maioritariamente de 40-80%, com 43,5% (459), seguido de mais de 80% com 35,3% (373),

pelo que se pode constatar que os profissionais de saúde se encontram muito presentes e passam a maior parte do seu horário de trabalho junto dos doentes (Figura 34).

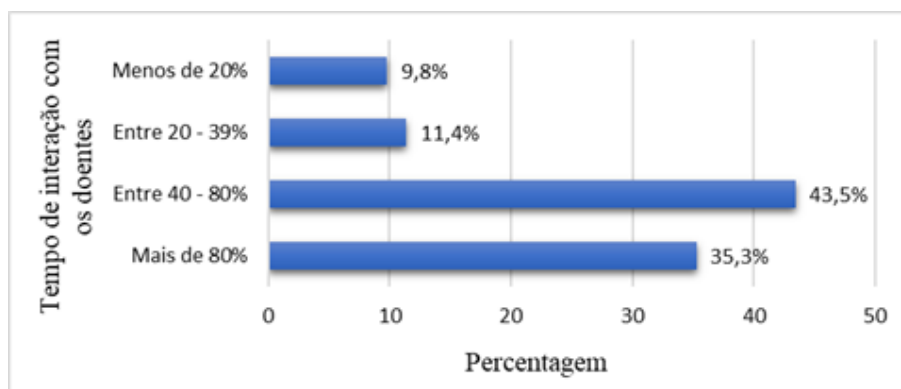


Figura 34. Distribuição da amostra segundo a média de tempo de interação com os doentes durante o período laboral

Uma percentagem reduzida de 22,7% dos profissionais referiu ter frequentado formações sobre a segurança do doente, face a 77,3% que respondeu negativamente. Perante a resposta positiva, foi questionado ainda se as formações foram proporcionadas pela unidade hospitalar, o que foi confirmado por 16,1% (170), com uma duração principalmente de ≤ 14 horas (18,7%) (Tabela 15).

Tabela 15. Distribuição da amostra segundo a variável formação sobre segurança do doente

	N	%
Frequentou formações sobre segurança do doente		
Sim	240	22,7
Não	816	77,3
Formação fornecida pela Unidade Hospitalar		
Sim	170	16,1
Não	73	6,9
Não respondeu	813	77,0
Duração da formação		
≤ 14 horas	197	18,7
De 15 a 28 horas	26	2,5
De 29 a 42 horas	8	0,8
Não respondeu	825	78,1

A maioria dos participantes (87,6%) não exerce funções em outra instituição, perante 12,4% (131) que afirmam que sim (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição da amostra segundo o exercício de funções em outra instituição

Exerce funções em outra instituição	N	%
Sim	131	12,4
Não	925	87,6
Total	1056	100

Quando questionados sobre o absentismo no serviço no último ano, obteve-se uma percentagem significativa de 99,3% (1049) de participantes que afirmaram que faltaram entre 0 a 100 dias, pelo que as faltas não são uma constante na generalidade, pois é de realçar que 831 profissionais responderam nunca ter faltado (Figura 35).

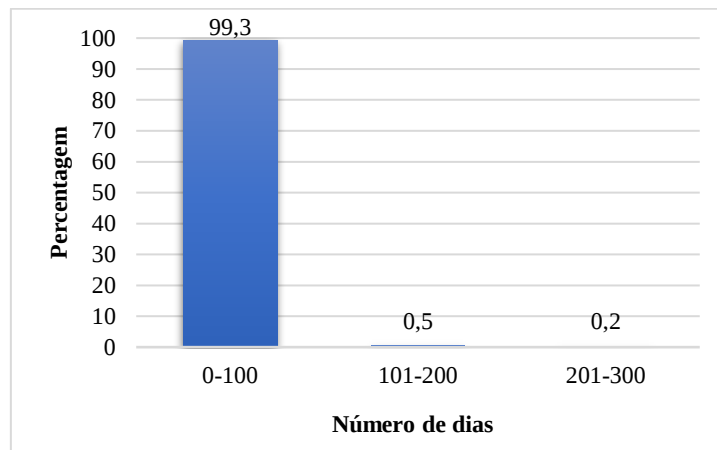


Figura 35. Distribuição da amostra segundo o número de dias de faltas no último ano

O número de dias de baixa médica durante o último ano (Tabela 17), evidenciou uma percentagem representativa (97,5 %) de sujeitos que esteve de baixa médica de 0 a 67 dias, no entanto, nessa percentagem estão incluídos 797 participantes que responderam que nunca tinham estado de baixa médica.

Tabela 17. Distribuição da amostra segundo o número de dias de baixa médica durante o último ano

Número de dias de baixa médica	N	%
0 a 67 dias	1030	97,5
68 a 134 dias	15	1,4
135 a 201 dias	7	0,7
202 a 268 dias	2	0,2
269 a 335 dias	2	0,2
Total	1056	100

No âmbito das tarefas e funções inerentes à profissão dos profissionais, 93,7% (989) respondeu que usualmente interage ou tem contacto direto com os doentes, em contrapartida, 6,3% (67) respondeu negativamente.

Constatou-se que 90% (950) da amostra nunca tinha respondido a um questionário alusivo à cultura de segurança do doente em contexto hospitalar, face a 10% (106) que já se encontrava familiarizado com o questionário e já tinha participado com o seu preenchimento em outros estudos.

Cultura de Segurança do Doente no CHTMAD

Neste estudo foi utilizado o questionário HSOPSC, que permite obter uma classificação global sobre a cultura de segurança do doente mediante a avaliação de 12 dimensões que correspondem aos domínios de segurança dos serviços/unidades do hospital. Os resultados da aplicação do questionário refletem quais as fortalezas (forças de segurança) e as áreas que necessitam de melhoria (oportunidades de melhoria), mediante a percentagem de respostas positivas obtidas. No entanto, para além destes critérios é essencial que cada organização avalie a sua cultura de segurança do doente, integrada no seu real contexto.

Dimensões que ocorrem ao nível da unidade

Dimensão 1: *Trabalho em equipa*

A dimensão do *trabalho em equipa* é constituída por quatro questões, e obteve uma resposta média positiva de 65,9%, sendo considerada uma dimensão não problemática, mas que deve ser encarada como oportunidade de melhoria. Foi a melhor percentagem de respostas positivas obtida na avaliação das 12 dimensões, na qual, os profissionais do serviço/unidade conseguem entreajudar-se (75,6%), tratam-se com respeito (69,4%) e perante uma grande quantidade de trabalho, conseguem trabalhar em equipa (71,6%). No entanto, quando uma área fica com excesso de trabalho as outras não lhe dão apoio (46,8%), pelo que é um aspeto crítico que necessita de melhoria (Figura 36).

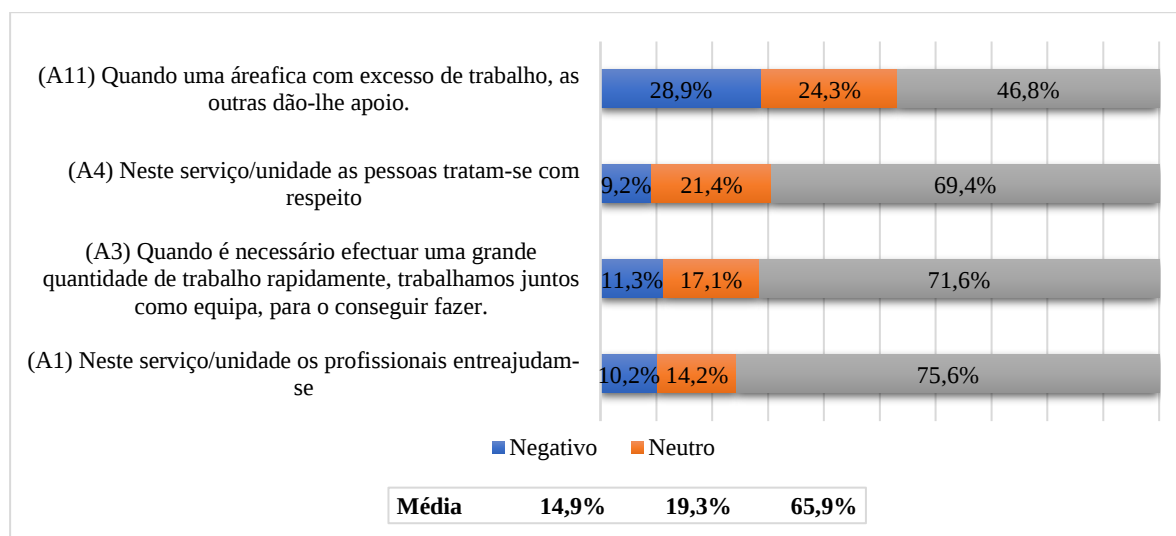


Figura 36. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Trabalho em equipa*

Dimensão 2: *Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*

Esta dimensão é constituída por quatro questões e obteve a terceira melhor percentagem na avaliação das 12 dimensões, com uma resposta média positiva de 56,6%, portanto, uma dimensão não problemática, mas com oportunidade de melhoria. Perante análise da Figura 37, constata-se que o superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente que ocorrem repetidamente (69,2%), no entanto, tem em consideração as sugestões dos profissionais de saúde para melhorar a segurança do doente (58,7%), e tem uma palavra agradável quando observam um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (52,7%). Porém, sempre que existe pressão, o superior hierárquico quer que se trabalhe mais rápido mesmo que isso signifique usar atalhos (45,8%), sendo um aspeto crítico.

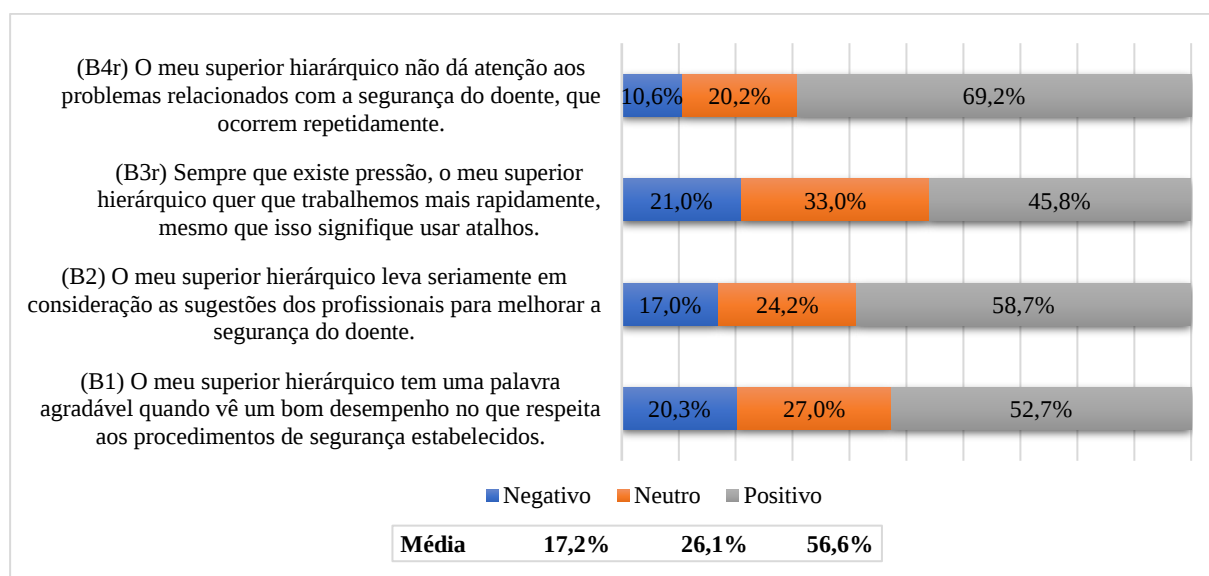


Figura 37. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Expectativas do Supervisor/Gestor que promovam a segurança do doente*

Dimensão 4: *Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua*

A avaliação desta dimensão apresenta o segundo melhor resultado na avaliação das 12 dimensões, com um percentual médio positivo de 58,4%, constituindo um aspeto não crítico, com oportunidade de melhoria. Ambos os itens, A13 e A6, obtiveram uma percentagem positiva de respostas com 64,9% e 69,0%, respetivamente, verificando-se que os participantes do estudo avaliam a eficácia das alterações que fazem, no sentido de melhorar a segurança do doente, e trabalham ativamente para a sua melhoria (Figura 38). Perante os resultados é

evidente a existência de uma cultura de aprendizagem onde os erros conduzem a mudanças positivas, mas em baixa percentagem (41,4%).

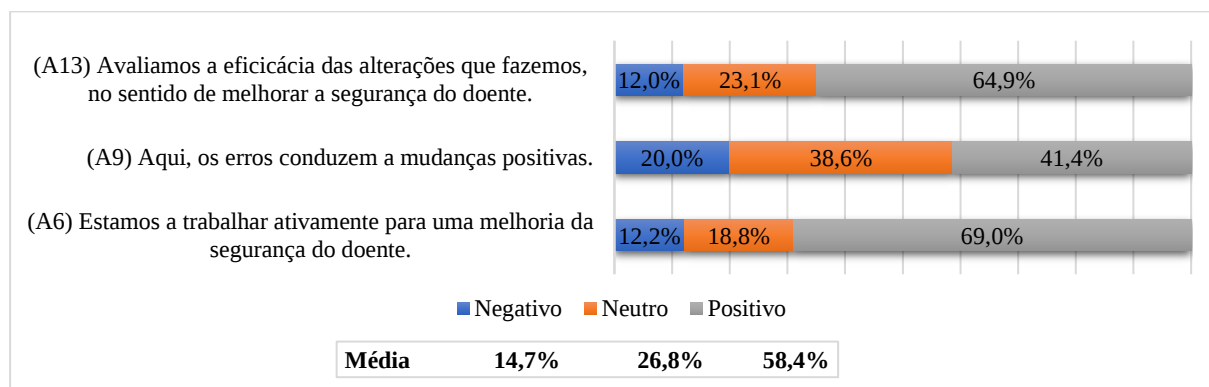


Figura 38. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua*

Dimensão 6: Feedback e comunicação acerca do erro

A dimensão *feedback e comunicação acerca do erro* integra três questões e apresenta uma média de respostas positivas de 45,2%, pelo que se está perante uma área problemática, com valores inferiores a 50%. Conforme a Figura 39, verifica-se que os profissionais recebem informação acerca dos erros que acontecem (45,7 %) e das mudanças efetuadas em função dos relatórios de eventos/ocorrências (37,5%), e debatem sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer (52,5%).

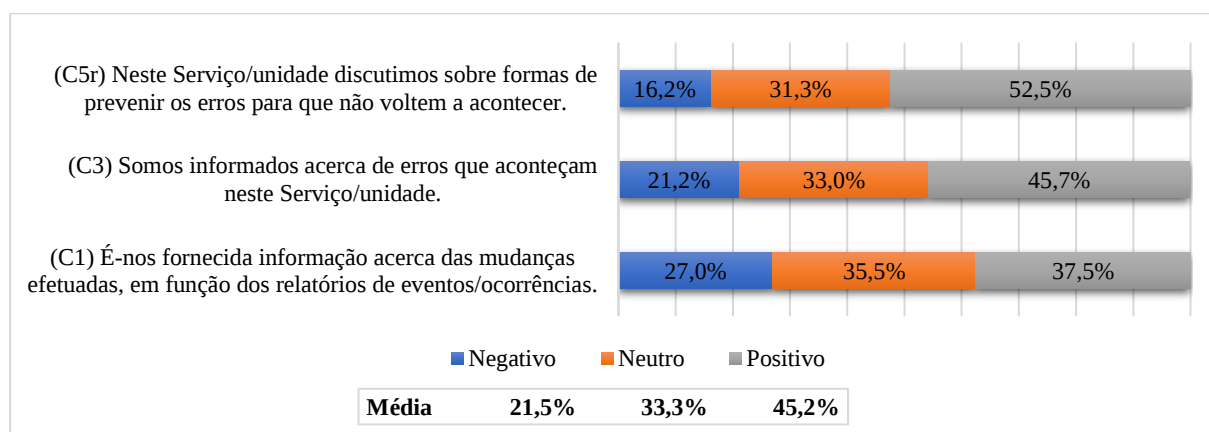


Figura 39. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Feedback e comunicação acerca do erro*

Dimensão 7: Abertura na comunicação

A avaliação desta dimensão é conseguida através de três questões, e atingiu o quinto melhor resultado de respostas positivas na avaliação das 12 dimensões, com uma média percentual

positiva de 50,7%, pelo que constitui um aspeto da cultura de segurança do doente não problemático com necessidade de melhoria. Destacou-se o item *Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente* com 59,5%, seguido do item *Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo*, com 53,7% (Figura 40). A problemática da segurança do doente é considerada pelos profissionais de saúde, no entanto, os mesmos têm receio de questionar a hierarquia.

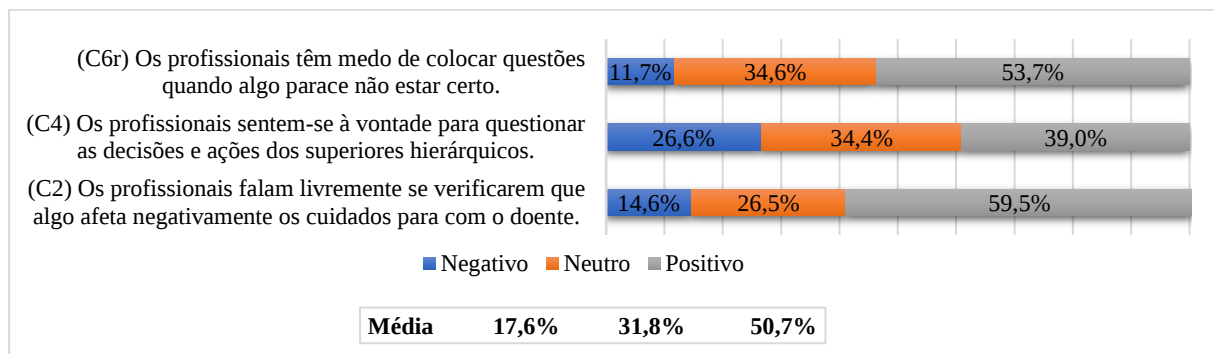


Figura 40. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Abertura na comunicação*

Dimensão 10: Dotação de profissionais

A avaliação da dimensão *Dotação de profissionais* é efetuada por quatro questões e apresenta uma média percentual positiva de 35,2%, sendo uma área problemática. De referir que 57,9% dos sujeitos afirma que existem mais profissionais temporários na prestação de cuidados do que seria desejável. Nesta dimensão, as avaliações negativas são significativas, sendo de 57,1% no item *Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados*, seguido do item *Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa*, com 48,7%, pelo que a média de respostas negativas (42,5%) é superior à média de respostas positivas (35,2%), conforme a Figura 41.

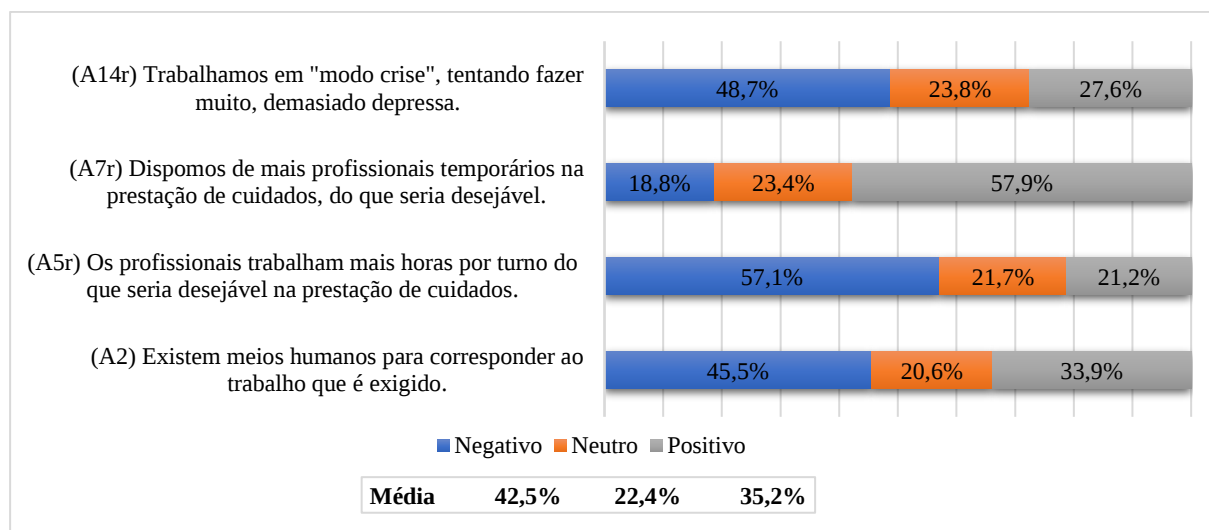


Figura 41. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Dotação de profissionais*

Dimensão 12: Resposta ao erro não punitiva

A dimensão é avaliada por três questões, e atingiu a percentagem mais baixa nas 12 dimensões, com uma média de avaliação positiva de 22,4%, sendo uma área problemática, com a totalidade dos itens com percentuais positivos inferiores a 50%. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (27,9%) e preocupam-se que sejam registados no seu processo pessoal (13,7%), tal como se pode comprovar na Figura 42.

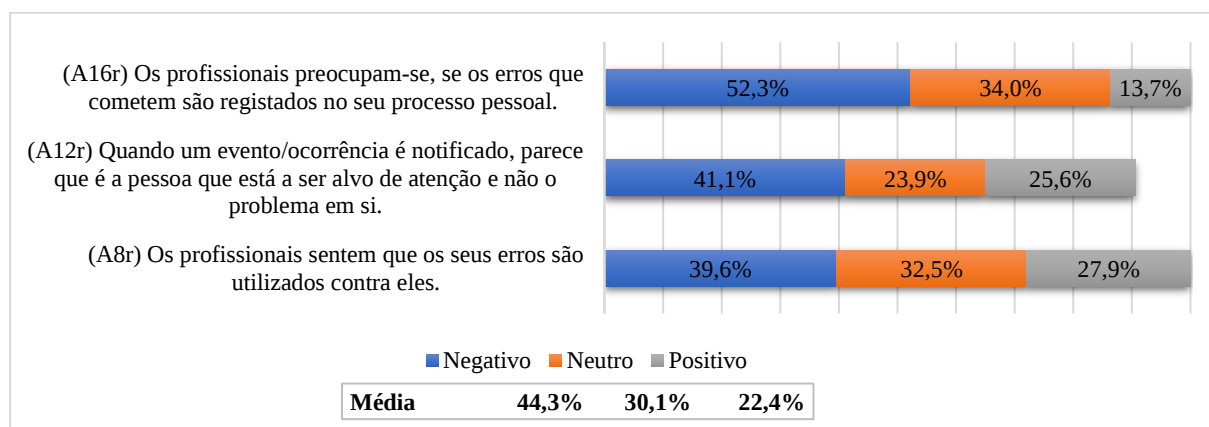


Figura 42. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Resposta ao erro não punitiva*

Dimensão que ocorre no âmbito do hospital

Dimensão 3: Apoio à segurança do doente pela gestão

A dimensão abrange três questões, e surge como área problemática alcançando uma percentagem de resposta média positiva de 31,7%. A direção do hospital só demonstra

interesse na segurança do doente quando acontece alguma adversidade (23,8%), pelo que reflete uma necessidade de valorização da gestão hospitalar sobre a segurança do doente (Figura 43).

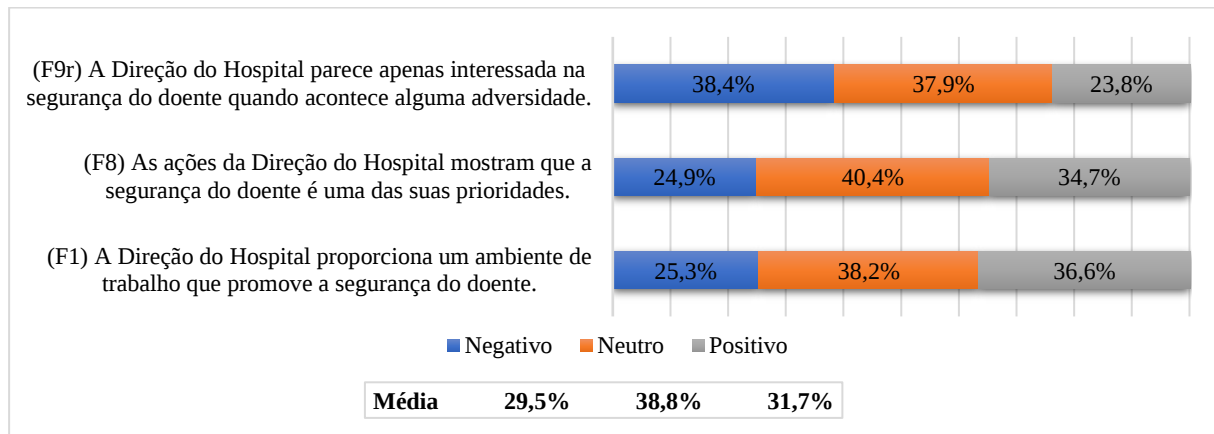


Figura 43. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Apoio à segurança do doente pela gestão*

Dimensão 9: Trabalho entre as unidades

A dimensão *Trabalho entre as unidades* é avaliada mediante quatro questões, e atingiu uma média positiva de respostas de 41,5%, portanto uma área problemática (Figura 44). Constatase que os profissionais consideram desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital (54,2%), e os serviços/unidades funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente (44,8%), no entanto, existe uma falta de coordenação (24,8%).

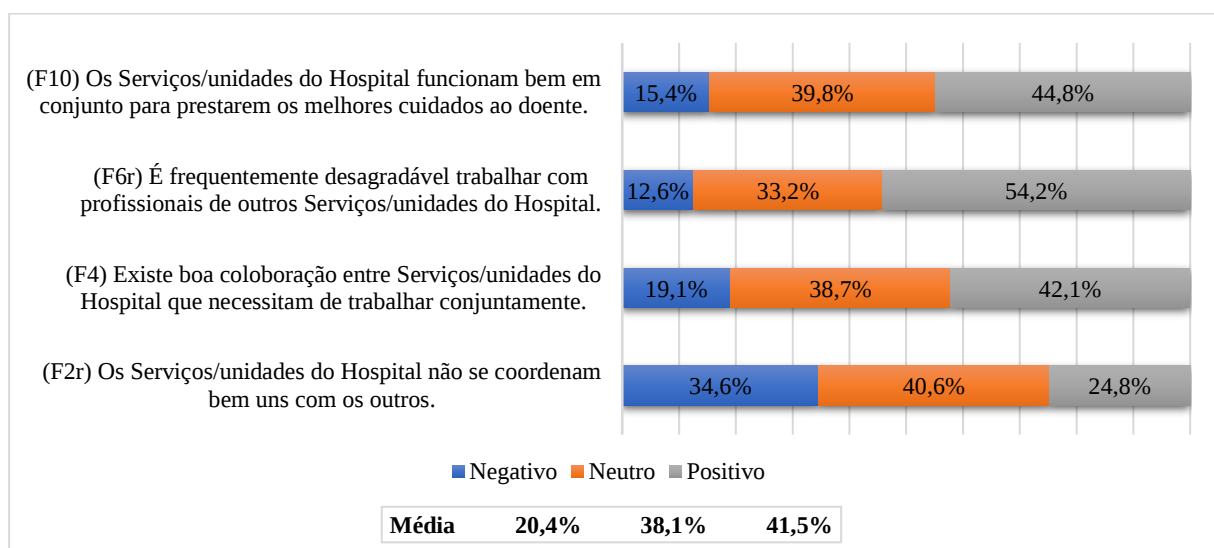


Figura 44. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Trabalho entre as unidades*

Dimensão 11: Transições

O resultado da dimensão *transições* é obtido através da resposta a três questões, e obteve uma média positiva de 31,6%. Constata-se que o item *É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno* apresenta um percentual positivo de 51,6%, seguido do item *A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um serviço/unidade para outro* com 48,9% (Figura 45).

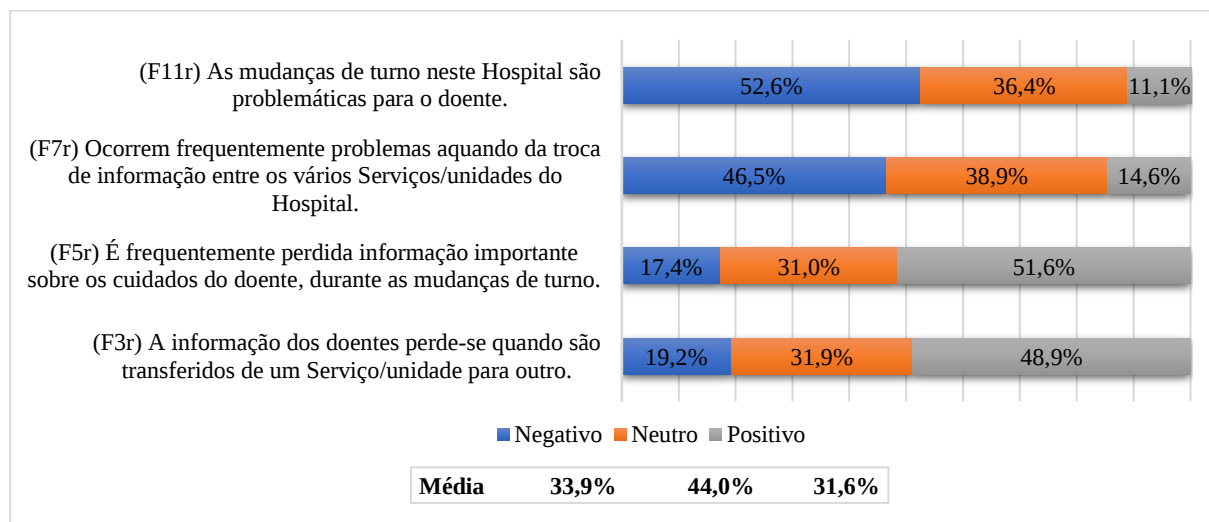


Figura 45. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Transições*

Variáveis de resultado

Dimensão 5: *Percepções gerais sobre a segurança do doente*

Esta dimensão é avaliada por quatro questões, e atingiu o quarto melhor resultado na avaliação das 12 dimensões, com uma média positiva de 52,0%, logo, uma área problemática com necessidade de intervenção para melhoria. Pela análise da Figura 45, verifica-se que o item *Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer* surge com uma percentagem de 47,1% de respostas positivas, e os restantes itens com uma apreciação positiva superior a 50%.

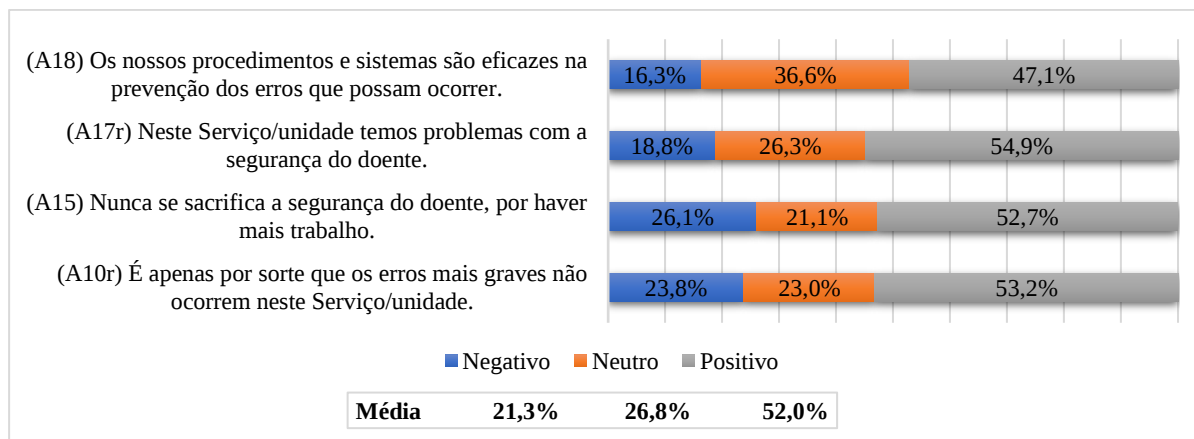


Figura 46. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Percepções gerais sobre a segurança do doente*

Dimensão 8: *Frequência da notificação de eventos*

A dimensão *frequência da notificação de eventos* é avaliada com três questões e obteve média positiva de 36,2%, sendo uma área problemática. Verifica-se que, quando ocorre um evento/ocorrência raramente, é notificado (Figura 47).

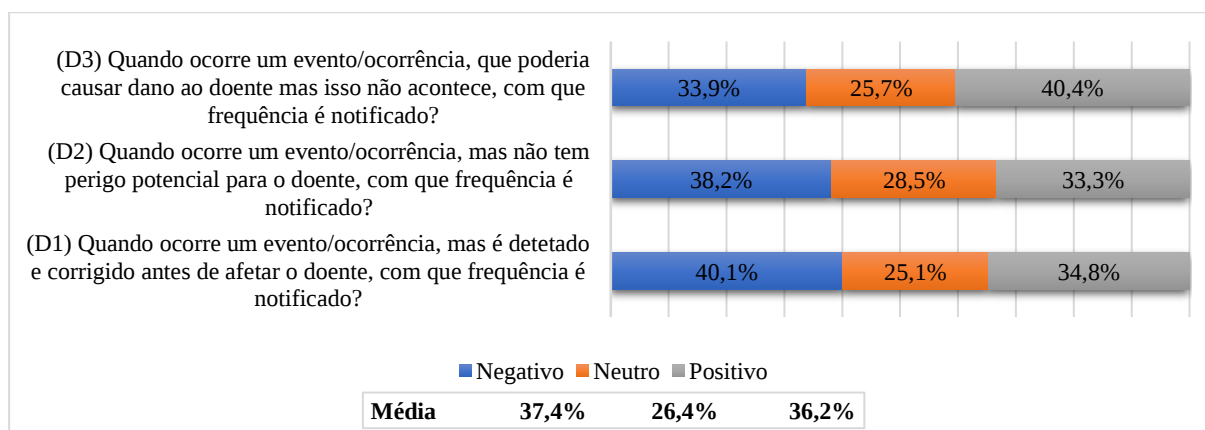


Figura 47. Distribuição da amostra segundo a dimensão: *Frequência da notificação de eventos*

De uma forma global, pode constatar-se que as dimensões relativas às *Percepções gerais sobre a segurança do doente*, *Abertura na comunicação*, *Aprendizagem organizacional - Melhoria contínua*, *Expetativas e ações do gestor/supervisor na promoção da segurança do doente* e o *Trabalho em equipa*, apresentam uma percentagem de respostas positivas entre 50% a 75%, pelo que não são consideradas problemáticas, mas que devem ser encaradas como oportunidade de melhoria. As restantes dimensões obtiveram uma avaliação positiva inferior a 50%, pelo que se destacam como áreas problemáticas. De realçar que não se verifica

nenhuma dimensão com um percentual de respostas positivas superiores a 75%, pelo que não existem dimensões consideradas como ponto forte ou força de segurança (Figura 50).

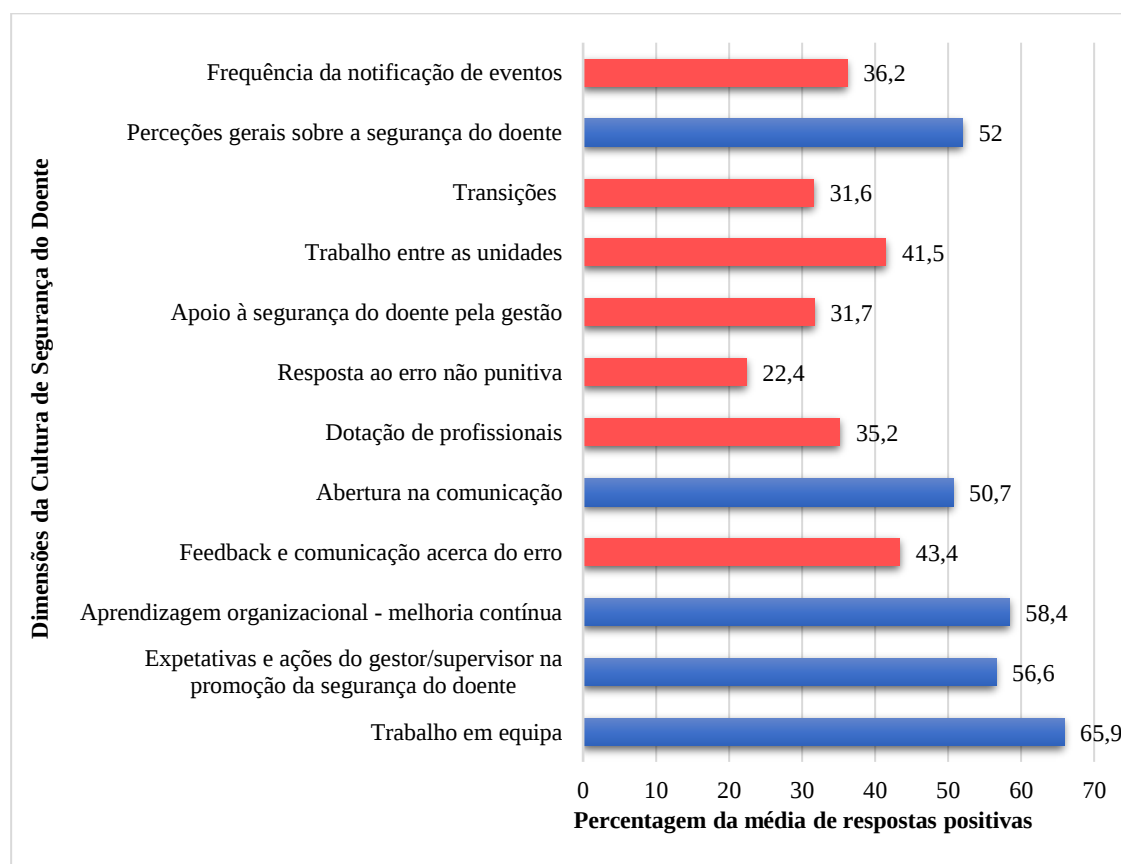


Figura 48. Distribuição da percentagem de respostas médias positivas das dimensões da cultura de segurança do doente

Através da análise dos itens das dimensões da cultura de segurança do doente, destaca-se nas Tabelas 18 e 19, as respostas positivas com percentagens superiores e inferiores obtidas no estudo.

Tabela 18. Distribuição da amostra segundo os itens das dimensões da cultura de segurança com maior percentual de resposta positiva

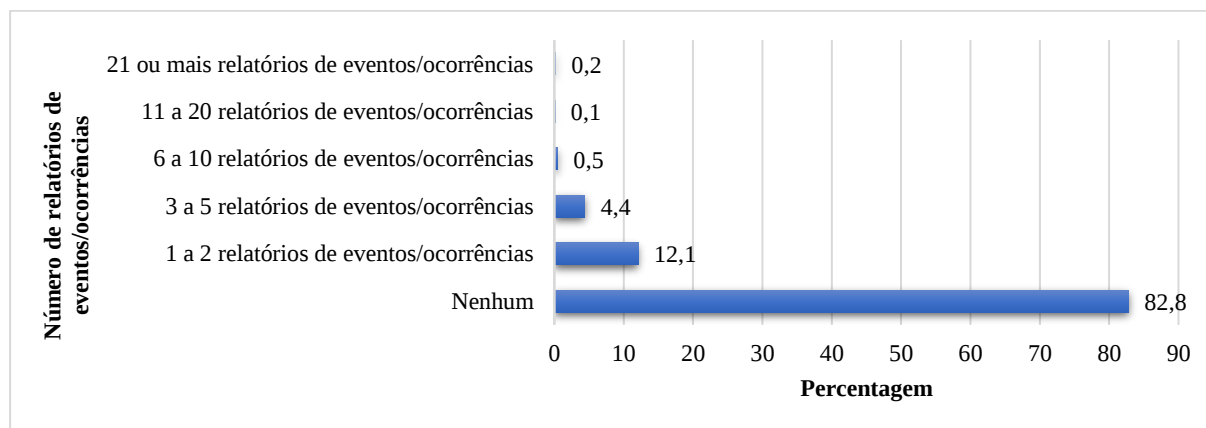
Dimensão
Trabalho em equipa
(A1) Neste serviço os profissionais entre ajudam-se com 75,6%.
(A3) Quando é necessário efetuar um grande volume trabalho, trabalhamos juntos como equipa para o conseguir fazer com 71,6%.
(A4) Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito com 69,4%.
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente
(B4r) O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente com 69,2%.
Aprendizagem organizacional
(A6) Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente com 69,0%.
(A13) Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorara a segurança do doente com 64,9%.

Tabela 19. Distribuição da amostra segundo os itens das dimensões da cultura de segurança com menor percentual de resposta positiva

Dimensão
Apoio à segurança do doente pela gestão
(F9r) A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade com 23,8%.
Trabalho entre as unidades
(F2r) Os serviços/unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros com 24,8%.
Dotação de profissionais
(A5r) Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados com 21,2%.
(A14r) Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa com 27,6%.
Transições
(F7r) Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do hospital com 14,6%
(F11r) As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente com 11,1%
Resposta ao erro não punitiva
(A8r) Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles com 27,9 %
(A12r) Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si com 25,6%
(A16r) Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal com 13,7%

Número de eventos/ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, a maioria dos profissionais de saúde (82,8% - 874) referiu nunca ter entregue ou preenchido um relatório de eventos/ocorrências, conforme análise da Figura 49.

**Figura 49.** Distribuição da amostra segundo o número de relatórios de eventos/ocorrências notificados

Grau de segurança do doente

Constatou-se que os participantes admitiram que o grau de segurança do doente é considerado como *aceitável*, com 50,3% (531), seguida de *muito boa*, com 37,3% (394), e com uma percentagem mínima de 0,9% (10) *muito fraca*, consoante análise da Figura 50.

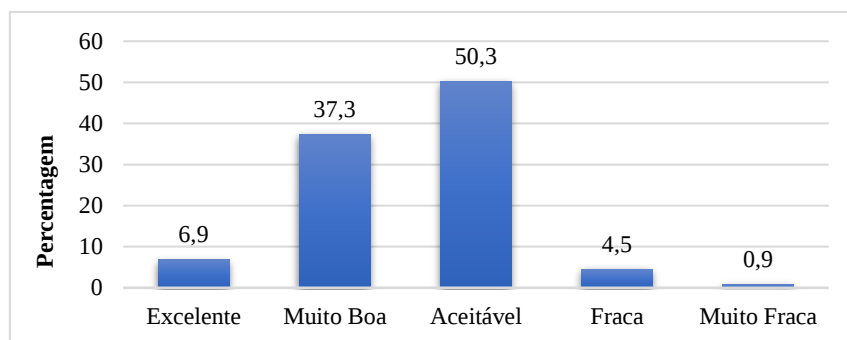


Figura 50. Distribuição da amostra segundo o grau de segurança do doente

Perante a análise dos dados obtidos, seguidamente procede-se à verificação da validade das hipóteses de investigação previamente formuladas.

H₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho em equipa* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Só existe relação estatisticamente significativa entre *trabalho em equipa* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre o *trabalho em equipa* e a idade e não se verificou correlação significativa ($r=0,035$; $p=0,259$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre o *trabalho em equipa* e o tempo de serviço na profissão em meses. Não se observou correlação significativa ($r=0,026$; $p=0,396$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”. O teste prévio de *Levene* para a homogeneidade de variâncias revelou variâncias homogêneas. O teste *t* revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,65; Desvio Padrão=0,76) e horário fixo ($N=437$; Média=3,59; Desvio Padrão=0,80).

Horas de trabalho semanais - A maioria dos participantes (82%) trabalha 40 horas por semana. Assim, recodificaram-se as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas/semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Em seguida realizou-se um *teste t de Student* para grupos de variâncias homogêneas, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=2,176$; $p=0,030$) e $t(217,257\text{g.l.})=2,126$; $p=0,035$, com média de *trabalho em equipa* superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana. Os valores médios e desvios padrão do trabalho em equipa nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,65; Desvio Padrão=0,78); >40 horas por semana (Média=3,51; Desvio Padrão=0,80).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - A variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255); 2=1 ou 2 vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), seguida de *teste de Bonferroni* (para variâncias homogêneas) para comparar a distribuição da variável *trabalho em equipa* nos três grupos. Não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação r de *Pearson* entre a dimensão *trabalho em equipa* e esta variável. A análise correlacional demonstra existir correlação significativa e negativa ($r=-0,113$; $p=0,000$) entre o *trabalho em equipa* e número de utentes que atende diariamente. Quanto maior o número de utentes atendidos em média, mais baixo o valor do *trabalho em equipa*.

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. A hipótese foi testada com recurso ao *teste t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogêneas, após *teste de Levene*), que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{ g.l.})=2,425$; $p=0,015$ e $t(414,043\text{g.l.})=2,519$; $p=0,12$, com valor médio de *trabalho em equipa* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,74; Desvio Padrão=0,74) e Grupo “não” (N=816; Média=3,60; Desvio Padrão=0,79).

H₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* e a idade e não houve correlação significativa ($r=-0,005$; $p=0,882$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre as expectativas do supervisor e o tempo de serviço na profissão em meses. Não se observou correlação significativa ($r=-0,014$; $p=0,661$).

Tipo de horário - Foi realizado um teste *t* de Student para comparação de médias na variável expectativas do supervisor, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”. O teste prévio de *Levene* para a homogeneidade de variâncias revelou variâncias homogêneas. O teste *t* revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,48; Desvio Padrão=0,78) e horário fixo ($N=437$; Média=3,48; Desvio Padrão=0,82).

Horas de trabalho semanais - A maioria dos participantes (82%), trabalham 40 horas por semana. Recodificaram-se as respostas a esta variável numa variável dicotómica, embora os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana ($N=895$) e >40 horas por semana ($N=161$). Em seguida realizou-se o teste *t* de Student para diferenças entre grupos de variâncias homogêneas, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=3,911$; $p\leq 0,000$ e $t(208,887\text{g.l.})=3,626$; $p=0,000$, com média de *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana. Os valores médios e desvios padrão na variável *expectativas do*

supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,52; Desvio Padrão=0,78; >40 horas por semana (Média=3,26; Desvio Padrão=0,87).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas – A variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca; 2=1 ou 2 vezes por semana; 3=mais de três vezes por semana. Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), seguida de *teste de Bonferroni* (para variâncias homogêneas) para comparar a distribuição da variável *expectativas do supervisor/gestor* nos três grupos. Não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação r de *Pearson* entre a dimensão *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* e esta variável. A análise correlacional demonstra que existe correlação significativa e negativa ($r=-0,085$; $p=0,005$) entre as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* e o número de utentes que atende diariamente. Quanto maior o número de utentes atendidos em média, mais baixo o valor da variável *expectativas do supervisor*.

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica - sim ou não. O *teste t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variância não homogênea, após *teste de Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=3,665$; $p=0,000$) e $t(433,75\text{g.l.})=3,914$; $p\leq 0,000$, com valor médio de *expectativas do supervisor* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” ($N=240$; Média=3,65; Desvio Padrão=0,72) e Grupo “não” ($N=816$; Média=3,43; Desvio Padrão=0,82).

H₃ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), frequência de trabalho semanal superior a 8 horas (Tabela A9, Tabela A10 e Tabela A11, Apêndice H) e frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação r de *Pearson* entre a dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão* e a idade e não se verificou correlação significativa ($r=0,036$; $p=0,247$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação r de *Pearson* entre a dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão* e o tempo de serviço na profissão em meses. Não se observou correlação significativa ($r=-0,003$; $p=0,914$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste t de *student* para comparação de médias na dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”, que revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,00; Desvio Padrão=0,77) e horário fixo ($N=437$; Média = 2,97; Desvio Padrão=0,78).

Horas de trabalho semanais - A maioria dos participantes (82%) trabalha 40 horas por semana. Assim, recodificaram-se as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas/semana ($N=895$) e >40 horas por semana ($N=161$). Em seguida realizou-se o teste t de *Student* para diferenças entre grupos de variâncias homogêneas, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=6,077$; $p \leq 0,000$, $t(213,590 \text{ g.l.})=5,809$; $p=0,000$, com média de *apoio à segurança do doente pela gestão* superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana. Os valores médios e desvios-padrão na variável *apoio à segurança do doente pela gestão* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,05; Desvio Padrão=0,76); >40 horas por semana (Média=2,65; Desvio Padrão=0,81).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca ($N=255$); 2=1 ou 2 vezes por semana ($N=583$); 3=mais de três vezes por semana ($N=218$). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), seguida de teste de *Bonferroni* (para variâncias homogêneas) para comparar a distribuição da variável *apoio à segurança do doente pela gestão* nos três grupos. O grupo que nunca faz mais de 8 horas seguidas apresenta valores médios mais elevados (Média=3,12; Desvio Padrão=0,76) em *apoio à segurança do doente pela gestão* comparativamente com o grupo 2 (Média=2,98; Desvio Padrão=0,76) que fez uma ou duas vezes por semana ($p=0,042$) e o grupo 3 (Média=2,87; Desvio Padrão=0,82), que fizeram mais de três vezes por semana ($p=0,001$).

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão* e esta variável, a análise correlacional demonstra que não existe correlação significativa ($r=-0,002$; $p=0,960$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variância homogênea, após teste de *Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=6,540$; $p\leq 0,000$ e $t(4015,084 \text{ g.l.})=6,804$; $p=0,000$, com valor médio de apoio à segurança do doente pela gestão mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” ($N=240$; Média=3,27; Desvio Padrão=0,72) e Grupo “não” ($N=816$; Média=0,91; Desvio Padrão=0,77).

H4 - Existe relação estatisticamente significativa entre *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as variáveis: idade (Tabela A2, Apêndice D), anos de serviço na profissão (Tabela A4, Apêndice E), horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e a idade e há correlação positiva e significativa, embora de baixa magnitude ($r=0,080$; $p=0,009$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *aprendizagem organizacional* e o tempo de serviço na profissão em meses. Observou-se uma correlação significativa e positiva, embora de baixa magnitude ($r=0,064$; $p=0,038$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *aprendizagem organizacional- melhoria contínua*, entre os grupos “trabalho por turnos” e

“horário fixo”. O teste *t* revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos (trabalho por turnos (N=619; Média=3,52; Desvio Padrão=0,73) e horário fixo (N=437; Média=3,51; Desvio Padrão=0,76).

Horas de trabalho semanal - A maioria dos participantes (82%) trabalha 40 horas por semana. Recodificaram-se as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Em seguida realizou-se o teste *t de Student* para diferenças entre grupos de variâncias homogêneas, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=2,485$; $p=0,013$, e $t(211,394\text{g.l.})=2,343$; $p=0,020$, com média de *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana. Os valores médios e desvios padrão na variável *aprendizagem organizacional* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,54; Desvio Padrão=0,73); >40 horas por semana (Média=3,38; Desvio Padrão=0,80).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255); 2=1 ou 2 vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* nos três grupos. Não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *aprendizagem organizacional* e esta variável, a análise correlacional demonstra que não existe correlação significativa ($r=-0,050$; $p=0,105$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variância homogênea, após teste de *Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{ g.l.})= 2,076$; $p=0,038$ e $t(426,615\text{g.l.})=2,196$; $p=0,29$, com valor médio de *aprendizagem organizacional* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,60; Desvio Padrão=0,68) e Grupo “não” (N=816; Média=3,49; Desvio Padrão=0,76).

H₅ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *percepções gerais sobre a segurança do doente* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Apenas existe relação estatisticamente significativa entre as *percepções gerais sobre a segurança do doente* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), e frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre as *percepções gerais sobre a segurança do doente* e a idade e não há correlação significativa ($r = 0,022$; $p = 0,469$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre *percepções gerais sobre a segurança do doente* e o tempo de serviço na profissão em meses. Não se observou correlação significativa ($r=0,007$; $p=0,813$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para a comparação de médias na variável *percepções gerais sobre a segurança do doente*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”. O teste *t* revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,15; Desvio Padrão=0,65) e horário fixo ($N=437$; Média=3,16; Desvio Padrão=0,66).

Horas de trabalho semanal - A maioria dos participantes (82%) trabalha 40 horas por semana. Foram, recodificadas as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana ($N=895$) e >40 horas por semana ($N=161$). Em seguida realizou-se o teste *t* de *Student* para diferenças entre grupos (variâncias não homogêneas, após teste de *Levene*), que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=3,955$; $p\leq 0,000$ e $t(207,255\text{g.l.})=3,626$; $p=0,000$, com média de *percepções gerais sobre a segurança do doente* superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana. Os valores médios e desvios padrão nas *percepções gerais sobre a segurança do doente* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,19; Desvio Padrão=0,64); >40 horas por semana (Média=2,97; Desvio Padrão=0,72).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255); 2=1 ou 2 vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da *variável percepções gerais sobre a segurança do doente* nos três grupos. Não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *percepções gerais sobre a segurança do doente* e esta variável, a análise correlacional demonstra que não existe correlação significativa ($r=-0,034$; $p=0,264$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variância homogênea, após teste de *Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=2,303$; $p=0,021$ e $t(407,111 \text{ g.l.})=2,367$; $p=0,18$, com valor médio de *percepções gerais sobre a segurança do doente* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,24; Desvio Padrão=0,63) e Grupo “não” (N=816; Média=3,13; Desvio Padrão=0,66).

H₆ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *feedback e comunicação acerca do erro* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Apenas existe relação estatisticamente significativa entre o *feedback e a comunicação acerca do erro* e as variáveis: idade (Tabela A2, Apêndice D), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre o *feedback e comunicação acerca do erro* e a idade, e existe correlação significativa, embora de baixa magnitude ($r=0,062$; $p=0,044$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *feedback e*

comunicação acerca do erro e o tempo de serviço na profissão em meses e não se observou correlação significativa ($r=0,040$; $p=0,190$).

Tipo de horário - Realizou-se o teste *t de Student* para comparação de médias na dimensão *feedback e comunicação acerca do erro*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”. O teste *t* revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,31; Desvio Padrão=0,89) e horário fixo ($N=437$; Média=3,27; Desvio Padrão=0,90).

Horas de trabalho semanal - Foi recodificada a resposta a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana ($N=895$) e >40 horas por semana ($N=161$). Em seguida realizou-se o teste *t de Student* para diferenças entre grupos que revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os valores médios e desvios padrão no *feedback e comunicação acerca do erro* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,31; Desvio Padrão=0,90); >40 horas por semana (Média=3,18; Desvio Padrão=0,86).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca ($N=255$); 2=1 ou 2 vezes por semana ($N=583$); 3=mais de três vezes por semana ($N=218$). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *feedback e comunicação acerca do erro* nos três grupos e não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de Pearson entre a dimensão *feedback e comunicação acerca do erro* e esta variável, que demonstrou existir correlação negativa significativa ($r=-0,091$; $p=0,003$) entre o *feedback e comunicação acerca do erro* e a variável número de utentes que atende diariamente.

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias não homogêneas, após teste de Levene), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=4,546$; $p=0,000$ e $t(436.892 \text{ g.l.})=4,876$; $p\leq 0,000$), com valor médio de *feedback e comunicação acerca do erro* mais elevado no grupo que já

frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,52; Desvio Padrão=0,80) e Grupo “não” (N=816; Média=3,23; Desvio Padrão=0,91).

H₇ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *abertura na comunicação* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre a *abertura na comunicação* e as variáveis: idade (Tabela A2, Apêndice D), anos de serviço na profissão (Tabela A4, Apêndice E), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre a abertura na comunicação e a idade e existe correlação significativa, embora de baixa magnitude ($r=0,109$; $p \leq 0,000$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre *abertura na comunicação* e o tempo de serviço na profissão em meses. Observou-se correlação significativa e positiva entre as duas variáveis, embora o valor da correlação seja de baixa magnitude ($r=0,106$; $p=0,001$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *abertura na comunicação*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”, que revelou não existirem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos (N=619; Média=3,42; Desvio Padrão=0,75) e horário fixo (N= 437; Média=3,46; Desvio Padrão=0,85).

Horas de trabalho semanal - Foram recodificadas as respostas a esta variável numa variável dicotómica, embora os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Realizou-se o teste *t* de *Student* para diferenças entre grupos que revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os valores médios e desvios padrão na dimensão *abertura na comunicação* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=3,46; Desvio Padrão=0,79); >40 horas por semana (Média=3,34; Desvio Padrão=0,80).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - A variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N= 255), 2=uma ou duas vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *abertura na comunicação* nos três grupos, e não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *abertura na comunicação* e esta variável, que revelou existir uma correlação negativa significativa ($r = -0,061$; $p=0,048$) entre a *abertura na comunicação* e a variável número de utentes que atende diariamente. A correlação é negativa e de baixa magnitude.

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotômica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogêneas, após teste de *Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=2,811$; $p=0,005$ e $t(420,514 \text{ g.l.})=2,948$; $p=0,03$, com valor médio de *abertura na comunicação* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,56; Desvio Padrão=0,74) e Grupo “não” (N=816; Média=3,40; Desvio Padrão=0,81).

H₈ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *frequência da notificação de eventos* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Apenas existe relação estatisticamente significativa entre a *frequência da notificação de eventos* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre a *frequência da notificação de eventos* e a idade, e não existe correlação significativa ($r=0,020$; $p=0,509$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre *frequência da notificação de eventos* e o tempo de serviço na profissão em meses; e não se observou correlação significativa entre as duas variáveis ($r = -0,023$; $p=0,453$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t de Student* para comparação de médias na variável *frequência da notificação de eventos*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”, que revelou ausência de diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos (N=619; Média=2,97; Desvio Padrão=1,16) e horário fixo (N=437; Média=2,97; Desvio Padrão=1,14).

Horas de trabalho semanal - Foram recodificadas as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Em seguida realizou-se o teste *t de Student* para diferenças entre grupos (com variância homogénea, após teste de Levene) na variável *frequência da notificação de eventos*, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=2,471$; $p=0,014$ e $t(228,716\text{g.l.})=2,564$; $p=0,011$. Os valores médios e desvios padrão para a dimensão *frequência da notificação de eventos* foram: no grupo ≤ 40 horas (Média=3,00; Desvio Padrão=1,16) e no grupo >40 horas (Média=2,76; Desvio Padrão=1,10).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255), 2=uma ou duas vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (n=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *frequência da notificação de eventos* nos três grupos, e não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de Pearson entre a dimensão *frequência da notificação de eventos* e esta variável, e revelou ausência de correlação significativa ($r=0,015$; $p=0,625$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogéneas, após teste de Levene), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{ g.l.})=4,566$; $p\leq 0,000$ e $t(402,360\text{g.l.})=4,658$; $p=0,000$, com valor médio de *frequência da notificação de eventos* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,26; Desvio Padrão=1,11) e Grupo “não” (N=816; Média=2,88; Desvio Padrão=1,15).

H₉ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho entre as unidades* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Apenas existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho entre as unidades* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre *trabalho entre as unidades* e a idade e não existe correlação significativa ($r=0,013$; $p=0,670$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre *trabalho entre as unidades* e o tempo de serviço na profissão em meses. Não se observou correlação significativa entre as duas variáveis ($r= -0,034$; $p=0,267$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *trabalho entre as unidades*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”, que revelou ausência de diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos ($N=619$; Média=3,23; Desvio Padrão=0,57) e horário fixo ($N=437$; Média=3,22; Desvio Padrão=0,64).

Horas de trabalho semanal - Foram recodificadas as respostas a esta variável numa variável dicotômica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana ($N=895$) e >40 horas por semana ($N=161$). Realizou-se o teste *t* de *Student* para diferenças entre grupos (com variância não homogênea, após teste de *Levene*) na variável *trabalho entre as unidades*, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=4,243$; $p\leq 0,000$ e $t(206,815\text{g.l.})=3,879$; $p=0,000$. Os valores médios e desvios padrão para a dimensão *trabalho entre as unidades* foram: no grupo ≤ 40 horas (Média=2,26; Desvio Padrão=0,58) e no grupo >40 horas (Média=3,04; Desvio Padrão=0,66).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - A variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca ($N=255$), 2=uma ou duas vezes por semana ($N=583$); 3=mais de três vezes por semana ($N=218$). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *trabalho entre as unidades* nos três grupos, e não se observaram diferenças significativas entre nenhum dos grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *trabalho entre as unidades* e esta variável. A análise correlacional demonstra ausência de correlação significativa ($r = -0,032$; $p = 0,302$) entre as duas variáveis.

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogêneas, após teste de *Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.}) = 4,326$; $p \leq 0,000$ e $t(384,904\text{g.l.}) = 4,285$; $p = 0,000$ com valor médio de *trabalho entre as unidades* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” ($N = 240$; Média = 3,37; Desvio Padrão = 0,60) e Grupo “não” ($N = 816$; Média = 3,18; Desvio Padrão = 0,59).

H₁₀ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *dotação de profissionais* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre a *dotação de profissionais* e as variáveis socioprofissionais: anos de serviço na profissão (Tabela A4, Apêndice E), horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas (Tabela A9, Tabela A10 e Tabela A11, Apêndice H), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre a *dotação de profissionais* e a idade, e não existe correlação significativa ($r = 0,051$; $p = 0,095$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre *dotação de profissionais* e o tempo de serviço na profissão em meses, observou-se correlação significativa e positiva entre as duas variáveis, embora o valor da correlação seja baixo ($r = 0,069$; $p = 0,024$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *dotação de profissionais*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”; que revelou ausência de diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos

(N=619; Média=2,89; Desvio Padrão=0,64) e horário fixo (N=437; Média=2,89; Desvio Padrão=0,70).

Horas de trabalho semanal - Foram recodificadas as respostas a esta variável numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Realizou-se o teste *t de Student* para diferenças entre grupos (com variância homogénea, após teste de Levene) na variável *dotação de profissionais*, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=4,095$; $p \leq 0,000$ e $t(216,430 \text{ g.l.})=3,981$; $p=0,000$. O grupo que faz >40 horas por semana apresenta valor médio significativamente mais baixo. Os valores médios e desvios padrão para a dimensão *dotação de profissionais* foram: no grupo ≤ 40 horas (Média=2,93; Desvio Padrão=0,66), e no grupo >40 horas (Média=2,69; Desvio Padrão=0,69).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255), 2=uma ou duas vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), seguida de teste de Bonferroni (para variâncias homogéneas) para comparar a distribuição da variável *dotação de profissionais* nos três grupos. O grupo 1 (nunca fez trabalho semanal superior a 8 horas seguidas) apresenta valor médio da variável *dotação de profissionais* superior ao grupo 2 ($p=0,039$) e ao grupo 3 ($p=0,001$). Os valores médios e desvios padrão nos grupos 1, 2 e 3 são, respetivamente: Grupo 1 (Média=3,01; Desvio Padrão=0,69); grupo 2 (Média=2,88; Desvio Padrão 0,64) e grupo 3 (Média=2,78; Desvio Padrão=0,68). Foram verificadas previamente as variâncias nos três grupos, pela estatística de Levene, que indicou variâncias homogéneas nos três grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de Pearson entre a dimensão *dotação de profissionais* e esta variável. A análise correlacional demonstrou a existência de correlação negativa significativa, embora de baixa magnitude, entre as duas variáveis ($r= -0,066$; $p=0,033$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica - sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogéneas, após teste de Levene), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=3,116$; $p \leq 0,002$ e $t(402,227 \text{ g.l.})=3,178$; $p=0,02$, com valor médio de *dotação de profissionais* mais elevado no grupo que já frequentou

formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,01; Desvio Padrão=0,65) e Grupo “não” (N=816; Média=2,86; Desvio Padrão=0,567).

H₁₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *transições* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre as *transições* e as variáveis: horas de trabalho semanal (Tabela A7 e Tabela A8, Apêndice G), frequência de horário semanal superior a 8 horas (Tabela A9, Tabela A10 e Tabela A11, Apêndice H), número de utentes que atende diariamente (Tabela A13, Apêndice I) e frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre as *transições* e a idade e não existe correlação significativa ($r = -0,001$; $p = 0,982$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre as *transições* e o tempo de serviço na profissão em meses. Observou-se ausência de correlação significativa entre as duas variáveis ($r = -0,015$; $p = 0,628$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *transições*, entre os grupos “trabalho por turnos” e “horário fixo”, que revelou ausência de diferenças significativas entre as médias nos dois grupos: trabalho por turnos (N=619; Média=3,44; Desvio Padrão=0,67) e horário fixo (N=437; Média=3,38; Desvio Padrão=0,67).

Horas de trabalho semanal - As respostas foram recodificadas numa variável dicotómica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas por semana (N=895) e >40 horas por semana (N=161). Realizou-se o teste *t* de *Student* para diferenças entre grupos (com variância não homogênea, após teste de *Levene*) na variável *transições*, que revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.}) = 4,168$; $p \leq 0,000$ e $t(206,222 \text{ g.l.}) = 3,794$; $p = 0,000$. O grupo que faz >40 horas por semana apresenta valor médio significativamente mais baixo. Os valores médios e desvios padrão para a dimensão *transições* no grupo de ≤ 40 horas e >40 horas por semana foram, respetivamente: ≤ 40 horas

(Média=3,45; Desvio Padrão=0,65); >40 horas por semana (Média=3,31; Desvio Padrão=0,75).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - Esta variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca (N=255), 2=uma ou duas vezes por semana (N=583); 3=mais de três vezes por semana (N=218). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA), seguida de *teste de Bonferroni* (para variâncias homogêneas) para comparar a distribuição da variável *transições* nos três grupos. O grupo 1 (nunca fez trabalho semanal superior a 8 horas seguidas) apresenta valor médio da variável *transições* superior ao grupo 3 ($p=0,010$). Os valores médios e desvios padrão nos grupos 1 e 3 são, respetivamente: Grupo 1 (Média=3,49; Desvio Padrão=0,70) e grupo 3; (Média=3,31; Desvio Padrão=0,68). Foram verificadas previamente as variâncias nos três grupos, pela estatística de *Levene*, que indicou variâncias homogêneas nos três grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua. Realizou-se o teste de correlação r de *Pearson* entre a dimensão *transições* e esta variável, que demonstrou a existência de correlação negativa significativa, embora de baixa magnitude, entre as duas variáveis ($r = -0,076$; $p=0,014$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotómica: sim ou não. O teste t para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogêneas, após *teste de Levene*), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054 \text{ g.l.})=4,162$; $p \leq 0,000$ e $t(385,268 \text{ g.l.})=4,125$; $p=0,000$ com valor médio de *transições* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=3,57; Desvio Padrão=0,68) e Grupo “não” (N=816; Média=3,37; Desvio Padrão=0,67).

H₁₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *resposta ao erro não punitiva* e as variáveis: idade, anos de serviço na profissão, tipo de horário, horas de trabalho semanais, frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas, número de utentes que atende diariamente, frequência de formação sobre segurança do doente.

Existe relação estatisticamente significativa entre a *resposta ao erro não punitiva* e as variáveis socioprofissionais: tipo de horário (Tabela A5 e Tabela A6, Apêndice F) e a frequência de formação sobre segurança do doente (Tabela A14 e Tabela A15, Apêndice J).

Idade - Foi realizada uma correlação *r* de *Pearson* entre *resposta ao erro não punitiva* e a idade e não existe correlação significativa ($r = -0,035$; $p = 0,257$).

Anos de serviço na profissão - A variável foi medida em meses (variável contínua). Foi testada a hipótese com um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a *resposta ao erro não punitiva* e o tempo de serviço na profissão em meses, e observou-se ausência de correlação significativa entre as duas variáveis ($r = -0,025$; $p = 0,425$).

Tipo de horário - Foi realizado o teste *t* de *Student* para comparação de médias na variável *resposta ao erro não punitiva*, entre os grupos “trabalho por turnos” ($n = 619$) e “horário fixo” ($n = 437$), que revelou diferenças significativas ($t(1054 \text{ g.l.}) = 2,112$; $p \leq 0,05$) entre as médias nos dois grupos. A média na variável *resposta ao erro não punitiva* é mais elevada no grupo do horário fixo (Média=2,77; Desvio Padrão=0,82) do que no grupo de horário por turnos (Média=2,67; Desvio Padrão=0,77). O teste prévio de *Levene* permitiu verificar que as variâncias entre os dois grupos são homogêneas.

Horas de trabalho semanal - Foram recodificadas as respostas numa variável dicotômica, ainda que os grupos resultantes sejam desiguais ≤ 40 horas/semana ($N = 895$) e > 40 horas por semana ($N = 161$). Em seguida realizou-se o teste *t* de *Student* para diferenças entre grupos na variável *resposta ao erro não punitiva*, que revelou ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os valores médios e desvios padrão na *resposta ao erro não punitiva* nos dois grupos comparados são, respetivamente: ≤ 40 horas por semana (Média=2,73; Desvio Padrão=0,78); > 40 horas por semana (Média=2,61; Desvio Padrão=0,82).

Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas - A variável foi avaliada como variável ordinal com três alternativas de resposta, 1=Nunca ($N = 255$), 2=uma ou duas vezes por semana ($N = 583$); 3=mais de três vezes por semana ($N = 218$). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para comparar a distribuição da variável *resposta ao erro não punitiva* nos três grupos. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Número de utentes que atende diariamente - A variável foi medida de forma contínua, pelo que se realizou um teste de correlação *r* de *Pearson* entre a dimensão *resposta ao erro não punitiva* e esta variável, que evidenciou ausência de correlação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($r = -0,058$; $p = 0,061$).

Frequência de formação sobre segurança do doente - A variável foi avaliada de forma dicotômica: sim ou não. O teste *t* para diferenças de médias entre dois grupos independentes (com variâncias homogêneas, após teste de Levene), revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: $t(1054\text{g.l.})=3,678$; $p\leq 0,001$ e $t(405,864\text{g.l.})=3,773$; $p=0,000$ com valor médio de *resposta ao erro não punitiva* mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente: Grupo “sim” (N=240; Média=2,88; Desvio Padrão=0,76) e Grupo “não” (N=816; Média=2,66; Desvio Padrão=0,79).

H₁₃ - Existe relação estatisticamente significativa entre o trabalho em equipa e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 20, existe uma correlação significativa entre o *trabalho em equipa* e a personalidade resistente, embora sejam valores de correlação de baixa magnitude. Refira-se que, quanto mais elevado o sentido de compromisso e desafio, mais elevado o *trabalho em equipa*. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, menor o *trabalho em equipa* (correlação negativa e significativa: $r=-0,279$; $p\leq 0,000$). No entanto, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 20. Correlação entre a dimensão *trabalho em equipa* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Trabalho em equipa</i>		
Personalidade resistente	Correlação de Pearson	,075*
	<i>p</i>	,015
Compromisso	Correlação de Pearson	,257**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,181**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,279**
	<i>p</i>	,000

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades) ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₄ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* e as dimensões da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode verificar na Tabela 21, existe uma correlação significativa entre as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* e a personalidade resistente. Verifica-se que, quanto mais elevado o sentido de compromisso e desafio, mais elevadas *expectativas do supervisor/gestor e ações que*

promovam a segurança do doente. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixas são as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* (correlação negativa e significativa: $r=-0,321$; $p\leq 0,000$). Porém, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 21. Correlação entre a dimensão *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,116**
	<i>p</i>	,000
Compromisso	Correlação de Pearson	,303**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,249**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,321**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₅ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *apoio à segurança do doente* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, tal como se pode observar na Tabela 22, existe uma correlação significativa entre o *apoio à segurança do doente* e a personalidade resistente, embora sejam valores de correlação de baixa magnitude. Constata-se que, quanto mais elevada a perceção de que existe *apoio à segurança do doente pela gestão*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a perceção de que existe *apoio à segurança do doente pela gestão* (correlação negativa e significativa: $r=-0,202$; $p\leq 0,000$). No entanto, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 22. Correlação entre a dimensão *apoio à segurança do doente pela gestão* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Apoio à segurança do doente pela gestão</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,125**
	<i>p</i>	,000
Compromisso	Correlação de Pearson	,250**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,180**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,202**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₆ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 23, existe uma correlação significativa entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e a personalidade resistente. Quanto mais elevada a perceção de que existe *aprendizagem organizacional - melhoria contínua*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a perceção de que existe *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* (correlação negativa e significativa: $r=-0,260$; $p \leq 0,000$). No entanto, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 23. Correlação entre a dimensão *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Aprendizagem organizacional - melhoria contínua</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,158**
	<i>p</i>	,000
Compromisso	Correlação de Pearson	,303**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,247**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,260**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₇ - Existe relação estatisticamente significativa entre as *perceções gerais sobre a segurança do doente* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 24, existe uma correlação significativa entre as *perceções gerais sobre a segurança do doente* e a personalidade resistente. Refira-se que, quanto mais elevada a perceção de que existe segurança do doente, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a *perceção geral sobre a segurança do doente* (correlação negativa e significativa: $r=-0,291$; $p \leq 0,000$). No entanto, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 24. Correlação entre a dimensão *percepções gerais sobre a segurança do doente* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Percepções gerais sobre a segurança do doente</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,103**
	<i>p</i>	,001
Compromisso	Correlação de Pearson	,277**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,219**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,291**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₈ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *feedback e comunicação acerca do erro* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 25, existe uma correlação significativa entre o *feedback e comunicação acerca do erro* e a personalidade resistente. Verifica-se que, quanto mais elevada a percepção de *feedback e comunicação acerca do erro*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. No entanto, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a percepção acerca do *feedback e comunicação acerca do erro* (correlação negativa e significativa: $r = -0,293$; $p \leq 0,000$). Não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 25. Correlação entre a dimensão *feedback e comunicação acerca do erro* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Feedback e Comunicação acerca do erro</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,126**
	<i>p</i>	,000
Compromisso	Correlação de Pearson	,274**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,263**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,293**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₁₉ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *abertura na comunicação* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 26, existe uma correlação significativa entre a *abertura na comunicação* e a personalidade resistente. Refira-se que, quanto mais elevada a percepção de abertura na comunicação, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a percepção

acerca da abertura na comunicação (correlação negativa e significativa: $r=-0,294$; $p\leq 0,000$). Não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 26. Correlação entre a dimensão *abertura na comunicação* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Abertura na comunicação</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,080*
	<i>p</i>	,009
Compromisso	Correlação de Pearson	,257**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,206**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,294**
	<i>p</i>	,000

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades) ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₂₀ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *frequência de notificação de eventos* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se, pois, tal como se pode observar na Tabela 27, existe uma correlação significativa entre a *frequência de notificação de eventos* e a personalidade resistente. Verificou-se que, quanto mais elevada a frequência de notificação de eventos, mais elevado o sentido de compromisso e desafio; e quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a frequência de notificação de eventos (correlação negativa e significativa: $r=-0,200$; $p\leq 0,000$). Não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 27. Correlação entre a dimensão *frequência de notificação de eventos* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Frequência da notificação de eventos</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,076*
	<i>p</i>	,013
Compromisso	Correlação de Pearson	,180**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,170**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,200**
	<i>p</i>	,000

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades) ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₂₁ - Existe relação estatisticamente significativa entre o *trabalho entre as unidades* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se (Tabela 28), pois existe uma correlação significativa entre a variável *trabalho entre as unidades* e a personalidade resistente. Quanto mais elevada a perceção de *trabalho entre as unidades*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio, e quanto mais

elevada a falta de controlo, mais baixa é a percepção de *trabalho entre as unidades* ($r=-,220$; $p\leq 0,000$). Não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral.

Tabela 28. Correlação entre a dimensão *trabalho entre as unidades* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Trabalho entre as unidades</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,048
	<i>p</i>	,116
Compromisso	Correlação de Pearson	,193**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,134**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,220**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₂₂ - Existe relação estatisticamente significativa entre a *dotação de profissionais* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se (Tabela 29), pois existe uma correlação significativa entre a variável *dotação de profissionais* e a personalidade resistente. Constatou-se que, quanto mais elevada a dotação de profissionais, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. E quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixa é a percepção de *dotação de profissionais* ($r=-0,130$; $p\leq 0,000$). Porém, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral e de baixa magnitude, e entre a variável personalidade resistente, no global, e a percepção de *dotação de profissionais*, não existe correlação significativa.

Tabela 29. Correlação entre a dimensão *dotação de profissionais* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

<i>Dotação de profissionais</i>		
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,011
	<i>p</i>	,721
Compromisso	Correlação de Pearson	,105**
	<i>p</i>	,001
Desafio	Correlação de Pearson	,060*
	<i>p</i>	,050
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,130**
	<i>p</i>	,000

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades) ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

H₂₃ - Existe relação estatisticamente significativa entre a dimensão *transições* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se (Tabela 30), pois existe uma correlação significativa entre a dimensão *transições* e a personalidade resistente. Refira-se que, quanto mais elevado o valor de *transições*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixo é o valor de *transições* ($r=-0,294$; $p\leq 0,000$). No entanto, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral. Além disso, entre a variável personalidade resistente, no global e a dimensão *transições*, não existe correlação significativa.

Tabela 30. Correlação entre a dimensão *transições* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

		<i>Transições</i>
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	-,052
	<i>p</i>	,092
Compromisso	Correlação de Pearson	,133**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,119**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,294**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

H₂₄ - Existe relação estatisticamente significativa entre a dimensão *resposta ao erro não punitiva* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

A hipótese confirma-se (Tabela 31), pois existe uma correlação significativa entre a dimensão *resposta ao erro não punitiva* e a personalidade resistente. Refira-se que, quanto mais elevado o valor da *resposta ao erro não punitiva*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio. Contudo, quanto mais elevada a falta de controlo, mais baixo é o valor da *resposta ao erro não punitiva* ($r=-0,235$; $p\leq 0,000$). Porém, não se podem extrair ilações de causalidade entre as variáveis, pois a correlação é bilateral. Além disso, entre a variável personalidade resistente, no global e a dimensão *resposta ao erro não punitiva*, não existe correlação significativa.

Tabela 31. Correlação entre a dimensão *resposta ao erro não punitiva* e as variáveis da personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

		<i>Resposta ao erro não punitiva</i>
Personalidade Resistente	Correlação de Pearson	,024
	<i>p</i>	,427
Compromisso	Correlação de Pearson	,196**
	<i>p</i>	,000
Desafio	Correlação de Pearson	,110**
	<i>p</i>	,000
Falta de Controlo	Correlação de Pearson	-,235**
	<i>p</i>	,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Em termos de ilação são resumidos na tabela 32, os valores entre as 12 dimensões da cultura de segurança do doente e a personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio).

Tabela 32. Relação entre as 12 dimensões da cultura de segurança do doente a personalidade resistente (compromisso, controlo, desafio)

		Personalidade Resistente	Compromisso	Desafio	Falta de Controlo
<i>Trabalho em equipa</i>	Correlação r	,075	,257**	,181**	-,279**
	p	,015	,000	,000	,000
<i>Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente</i>	Correlação r	,116**	,303**	,249**	-,321**
	p	,000	,000	,000	,000
<i>Apoio à segurança do doente pela gestão</i>	Correlação r	,125**	,250**	,180**	-,202**
	p	,000	,000	,000	,000
<i>Aprendizagem organizacional - melhoria contínua</i>	Correlação r	,158**	,303**	,247**	-,260**
	p	,000	,000	,000	,000
<i>Perceções gerais sobre a segurança do doente</i>	Correlação r	,103**	,277**	,219**	-,291**
	p	,001	,000	,000	,000
<i>Feedback e Comunicação acerca do erro</i>	Correlação r	,126**	,274**	,263**	-,293**
	p	,000	,000	,000	,000
<i>Abertura na comunicação</i>	Correlação r	,080*	,257**	,206**	-,294**
	p	,009	,000	,000	,000
<i>Frequência da notificação de eventos</i>	Correlação r	,076*	,180**	,170**	-,200**
	p	,013	,000	,000	,000
<i>Trabalho entre as unidades</i>	Correlação r	,048	,193**	,134**	-,220**
	p	,116	,000	,000	,000
<i>Dotação de profissionais</i>	Correlação r	,011	,105**	,060*	-,130**
	p	,721	,001	,050	,000
<i>Transições</i>	Correlação r	-,052	,133**	,119**	-,294**
	p	,092	,000	,000	,000
<i>Resposta ao erro não punitiva</i>	Correlação r	,024	,196**	,110**	-,235**
	p	,427	,000	,000	,000

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

4.2. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo foi realizado no CHTMAD, tendo-se obtido uma amostra constituída por 1.056 participantes que responderam ao questionário, com uma taxa de adesão de 58,7%, uma percentagem similar à obtida no estudo de Fernandes e Queirós (2011), com 58,4%; superior ao alcançado no estudo de Eiras (2011) e Gama, Oliveira e Hernández (2013), com uma percentagem respetivamente de 11,1% e 35,4%; e inferior aos estudos de Marinho et al. (2014), com 86,7%, e de Mello e Barbosa (2013), com 93,8%. A obtenção de uma percentagem alta de respostas é destacado por Sorra e Nieva (2004) como critério para se poder generalizar os resultados do estudo para o contexto hospitalar, pelo que as autoras consideram que uma taxa de 50% deve ser a meta mínima, quanto maior a taxa de respostas maior o grau confiança nos resultados obtidos. Do mesmo modo, a AHRQ (Sorra et al., 2016)

afirma que se devem obter pesquisas completas com cerca de 30% a 50% da amostra, em que, perante uma população de profissionais de saúde compreendida entre 1000 a 2999, o tamanho mínimo de amostra considerado é de 600 participantes para a obtenção de 300 respostas esperadas (Tabela 33). O que está dentro dos parâmetros considerados, pois a população integral de profissionais de saúde do CHTMAD, no ano decorrente de 2016, era de 2.501 (CHTMAD, 2017) e foi obtida uma amostra de 1.056 profissionais.

Tabela 33. Tamanho mínimo da amostra recomendado pela AHRQ por número de funcionários/profissionais

População de profissionais	Tamanho mínimo de amostra	Resposta esperada
< 500	Todos os funcionários	Pelo menos 50%
501 - 999	500	250
1000 - 2999	600	300
> 3000	800	400

Fonte: Sorra et al. 2016, p.12

Assim, o presente estudo possui uma percentagem de adesão superior a 50%, pelo que se torna possível considerar os resultados alcançados como um reflexo da cultura de segurança do CHTMAD.

A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (73,8%), o que é corroborado pelo tradicional predomínio feminino na profissão, na população (face ao sexo masculino), e na totalidade de profissionais de saúde do CHTMAD, onde a sua percentagem de representação é de 74%, em 2016 (CHTMAD, 2017).

O grupo etário representativo abrange sujeitos com idade ≥ 45 anos (41,6%), o que vai ao encontro da idade média predominante dos trabalhadores do CHTMAD, que é de 44,7 anos de idade (CHTMAD, 2017), são maioritariamente casados/união de facto (65,3%), e a maioria afirma que se encontra com o seu parceiro habitual (80,3%), e têm principalmente dois filhos (34,6%).

Na generalidade (90%), nunca tinham respondido a um questionário referente à cultura de segurança do doente em contexto hospitalar, pelo que ainda é uma temática pouco aprofundada e estudada, o que vem comprovar o referido no estudo de Fernandes e Queirós (2011), onde é mencionada a escassez de estudos e produção científica portuguesa neste domínio. O mesmo é confirmado por C. Mendes e Barroso (2014), que afirmam que a investigação sobre segurança do doente, relacionada com os cuidados de saúde hospitalares ainda se encontra numa fase embrionária, a “dar os primeiros passos” (p. 199).

A maioria dos profissionais (80,7%) desempenha funções em serviços acreditados/certificados, sendo a acreditação considerada uma garantia de prestação de cuidados com qualidade e segurança (Caldana & Gabriel, 2017).

O grupo profissional representativo da amostra é o de enfermagem (45,8%), sendo considerado o mais numeroso nos hospitais portugueses (Fernandes & Queirós, 2011), na generalidade dos hospitais (Cordeiro et al., 2017) e na área da saúde (Marques et al., 2015), sendo que o CHTMAD, no ano de 2016, apresentava uma percentagem de 36,1% de enfermeiros (CHTMAD, 2017), relativamente à totalidade dos trabalhadores. Os sujeitos encontram-se a exercer funções na profissão atual, nomeadamente há 241 meses ou mais (37,7%) e possuem experiência no serviço/unidade maioritariamente há 145 a 240 meses (25,1%), com um tempo de experiência na instituição há 241 meses ou mais (31,3%), o que demonstra que no geral os profissionais apresentam maturidade e experiência laboral tanto na instituição como no serviço.

A maioria dos profissionais possui licenciatura (51,6%), e unicamente 23,5% são detentores de uma especialidade, na qual se destaca a Enfermagem Médico/Cirúrgica (5,1%). A especialização profissional é um processo de ensino que permite ampliar os conhecimentos e conceções da área, preparando os profissionais para intervir e transformar a prática, a sua escolha surge como um momento fundamental de transformação pessoal e social (Valente, Viana & Neves, 2010). Embora a especialização proporcione oportunidade do profissional em adquirir conhecimentos relevantes e consolidados em determinadas áreas, não garante a experiência para atuar com a competência necessária, pois não proporciona experiência prática em ambiente real de trabalho (Cordeiro et al., 2017).

Constatou-se que os profissionais não exercem funções noutra instituição (87,6%), desempenham o seu trabalho essencialmente no quadro da instituição (39,4%) e trabalham principalmente na Unidade Hospitalar de Vila Real (64,2%) no serviço de Medicina Interna (14,1%). O acumular de empregos pode comprometer o desempenho profissional e a qualidade dos cuidados prestados. Um excesso de trabalho pode levar a uma diminuição do rendimento e qualificação profissional, redução das horas de descanso, do convívio com a família (R. Silva et al., 2014).

O tipo de horário mais frequente é o de *roulement*/por turnos (58,6%), em que os participantes exercem funções no mesmo horário há 1 a 100 meses (38%), com a sequência semanal de

turnos predominante de MMMMMFF (34,8%). O trabalho “por turnos e o trabalho noturno podem determinar alterações do sono e da vigília que se podem repercutir, quantitativa e qualitativamente, no trabalho prestado” (Serranheira, Uva, Sousa & Leite, 2009, p. 23). Inicialmente pode levar à insónia, sonolência excessiva durante o trabalho, distúrbios de humor, diminuição do apetite, problemas familiares, sociais e emocionais. Numa fase crónica podem surgir alterações no padrão do sono, doenças cardiovasculares e gastrointestinais, absentismo, separação e divórcio. Perante uma inadaptação do trabalhador aos turnos, pode surgir o uso abusivo de substâncias indutoras do sono e do álcool, fadiga crónica e manifestações contínuas de stresse (G. Filho, 2002; R. Silva et al., 2014). De uma forma geral, pode prejudicar a segurança e a vigília do trabalhador, originando acidentes no trabalho. O estudo realizado por Olds e Clarke (2010) confirma que o aumento de horas de trabalho, aumenta a probabilidade de ocorrência de eventos adversos e erros nos cuidados de saúde, principalmente em enfermeiros que trabalhavam mais de 40 horas por semana, que apresentavam maior propensão para ocorrência de situações adversas.

A maioria dos profissionais (99,3%) afirmou que faltou entre 0 a 100 dias ao trabalho durante o último ano, sendo de realçar nesta questão que 831 profissionais responderam nunca ter faltado, pelo que o absentismo não é uma constante. O número de dias de baixa médica surge com uma percentagem representativa de 97,5% para o intervalo de 0 a 67 dias (de destacar que 797 dos participantes responderam nunca ter estado de baixa médica). O que vai de encontro à taxa de absentismo dos trabalhadores do CHTMAD, em 2016, que foi de 10,2%, mais evidente em enfermeiros e assistentes operacionais, em que 52,9% se deveu por motivos de doença (CHTMAD, 2017). O absentismo na saúde tem repercussões negativas na qualidade dos serviços prestados aos utentes (Agapito & Sousa, 2010; Brey et al., 2017), reflete-se negativamente na dinâmica laboral, com comprometimento do funcionamento do serviço e promove uma sobrecarga de trabalho (Marques et al., 2015). O estudo de Agapito e Sousa (2010) concluiu que a satisfação profissional influencia o absentismo laboral exclusivamente na relação com os colegas e nas perspetivas de promoção. Tudo o que proporcione uma atitude positiva e adequada (integração, a satisfação e a motivação), faz com que haja uma diminuição do absentismo; em contrapartida, tudo o que deteriore a relação do trabalhador com a organização (estagnação da carreira, tarefas monótonas e repetitivas, baixa remuneração, falta de reconhecimento, entre outros), promove o seu aumento.

Os profissionais trabalham mais de 8 horas seguidas principalmente 1 a 2 vezes por semana (55,2%), atendem em média 0 a 21 doentes por dia (82,9%), e usualmente interagem ou tem contacto direto com os doentes, no âmbito das suas tarefas e funções (93,7%), com um tempo médio de interação de 40-80% (43,5%). Perante a evidência da predominância do grupo profissional de enfermagem no estudo, justifica-se a grande percentagem de profissionais em contacto direto com os doentes, pelo que são estes mesmos profissionais que permanecem mais tempo junto do doente, 24 sobre 24 horas (Fernandes & Queirós, 2011).

Verificou-se que, unicamente 22,7% frequentou formações nos últimos anos sobre a segurança do doente, com formações proporcionadas pela unidade hospitalar (16,1%), de duração ≤ 14 horas (18,7%). O CHTMAD proporcionou, em 2016, aos seus trabalhadores, 53 cursos, num total de 119 ações de formação, frequentadas por 50,8% dos trabalhadores, na maioria enfermeiros e assistentes operacionais CHTMAD, 2017). A formação dos profissionais deve ser contínua, iniciada na formação básica, sendo constante ao longo da vida profissional (Ortega et al., 2015). É a forma mais adequada para manter a competência profissional e assegurar a sua adaptação aos avanços técnico-científicos, permitindo corrigir as insuficiências formativas e garantir a qualidade. No estudo verifica-se uma baixa percentagem de profissionais que frequentou formações e uma percentagem ainda menor quando se trata de formações proporcionadas pela instituição. Ques, Montoro e González (2010) evidenciaram no seu estudo a necessidade de realizar mais pesquisas e formação na área da segurança.

No que diz respeito às dimensões da cultura de segurança do doente analisadas, o *trabalho em equipa* é a dimensão que obteve melhores resultados, com uma média de respostas positivas de 65,9%, inferior a diversos estudos: Sorra et al. (2007), com uma percentagem de 78%; Fernandes e Queirós (2011), com 79%; Saturno et al. (2009), com 71,8%; Gama et al. (2013), com 73,5%; DGS (2015), com 71%; Silva, Pedrosa, Leça e Silva (2016), com 86,2% e 85,6% em dois hospitais diferentes; Famolaro et al. (2016), com 82%; Smith, Yount e Sorra (2017), com 81%; e unicamente surge o estudo de Mello e Barbosa (2013), com percentagem ligeiramente inferior (62%). O *trabalho em equipa* é considerado por Fragata (2011) uma necessidade inegável, sendo as suas vantagens múltiplas, não só pelo nível de prestação atingido, mas sobretudo, pela maior segurança que gera. Permite ter resultados com maior produtividade, melhoria na comunicação e na tomada de decisões, facultando aos profissionais incremento da sua auto-estima, bem-estar psicológico e apoio social (Nogueira

& Rodrigues, 2015), contribuindo também para uma redução do absentismo profissional. O trabalho em equipa é fundamental, todos os profissionais de saúde possuem metas e objectivos comuns, utilizando uma metodologia semelhante, assegurando assim uma correta monitorização dos cuidados a fim detetar precocemente possíveis erros e evitar eventos adversos (Campos et al., 2010).

Perante a dimensão *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, verificou-se uma percentagem média de respostas positivas de 56,6%, sendo o terceiro melhor resultado obtido nas 12 dimensões. Comparativamente com outros estudos, constata-se que se obtiveram percentagens superiores nos estudos de: Sorra et al. (2007), com 74%; Saturno et al. (2009), com 61,8%; Gama et al. (2013), com 63,2%; DGS (2015), com 59%; Silva et al. (2016), com 68,1% e 71,1%; Famolaro et al. (2016), com 78%; Smith et al. (2017), com 75%. Com uma percentagem inferior surge a investigação de Mello e Barbosa (2013), com 51%. Estas percentagens demonstram o reconhecimento por parte dos trabalhadores do papel do superior hierárquico na segurança do doente. O papel do gestor e do líder numa organização é um componente determinante na performance dos profissionais/equipa, da sua capacidade em evoluir, mudar e aprender com os erros no sentido da promoção da segurança do doente (Fragata, 2011).

Na dimensão relativa ao *apoio à segurança do doente pela gestão*, constata-se que a avaliação média de respostas positivas atingiu uma percentagem de 31,7%, pelo que o apoio proporcionado pela gestão hospitalar é pouco reconhecido pelos profissionais. Em outros estudos foram alcançadas percentagens diferentes, superiores nos estudos de Sorra et al. (2007), com 78%, no de Fernandes e Queirós (2011), com 44%, no relatório da DGS (2015), com 49%, no de Smith et al. (2017), com 69%, no de Famolaro et al. (2016), com 72%, no de Silva et al. (2016), com 39,9% e 49,1% em diferentes hospitais, e inferiores no estudo de Gama et al. (2013), com 28,9% e de Mello e Barbosa (2013), com 13%. Mello e Barbosa (2013) realçam no seu estudo a falta de apoio dos gestores para implementar e desenvolver intervenções seguras. Os gestores das organizações devem estar mais próximos dos profissionais de saúde de modo a conhecer as realidades/contexto dos serviços e envolve-los para que adiram mais facilmente à mudança, se sintam um elo da equipa e um membro importante na tomada de decisão (Fragata, 2011). C. Mendes e Barroso (2014) destacam o apoio dos líderes organizacionais no estabelecimento da segurança como uma prioridade.

Na dimensão *aprendizagem organizacional-melhoria contínua*, observou-se uma percentagem média de 58,4% de respostas positivas, o que demonstra uma preocupação de todos os profissionais de saúde em melhorar continuamente. Diversos estudos evidenciam percentagens superiores: Sorra et al. (2007), com 69%; Saturno et al. (2009), com 76,8%; Gama et al. (2013), com 65%; Silva et al. (2016), com 70,9% e 81,3% em dois hospitais; Famolaro et al. (2016), com 73%; Smith et al. (2017), com 72%. Com percentagem inferior surge o relatório da DGS (2015), com 53,4%, e o estudo de Mello e Barbosa (2013), com 45%. A cultura de aprendizagem nos hospitais ainda é considerada fraca (DGS & APDH, 2015). É Através da sua criação e promoção que se podem efectuar práticas mais seguras onde os profissionais desenvolvam capacidades em prol da segurança do doente (Vogus et al., 2010).

Na dimensão *percepções gerais sobre a segurança do doente*, obteve-se uma percentagem média de respostas positivas de 52%, comparativamente com outros resultados, foram identificadas percentagens superiores nos estudos: Sorra et al. (2007), com 63%; DGS (2015), com 53%; Silva et al. (2016), com resultados de 65,3% e 70,9%; Famolaro et al. (2016), com 66%; e Smith et al. (2017), com 65%. Com percentagens inferiores, surgiu o estudo de Gama et al. (2013), com 48,7% e Mello e Barbosa (2013), com 27%. Verifica-se que os profissionais de saúde têm noção da ocorrência de incidentes, no entanto tentam evitar que isso aconteça mesmo perante o aumento da sobrecarga trabalho. Sabe-se que as sobrecargas físicas e psicológicas, têm vindo a aumentar gradualmente tornando os ambientes de trabalho mais stressantes e desgastantes, contribuindo para um aumento da ocorrência de eventos adversos. Meneghini, Paz e Lautert (2011) evidenciam no seu estudo características, tais como a sobrecarga de trabalho, a falta de motivação, de recompensas, o conflito de valores pessoais e institucionais podem desenvolver a síndrome de *burnout* e contribuir para o absentismo.

A dimensão *feedback e comunicação acerca do erro* apresenta avaliação média positiva de 45,2%, similar ao estudo de Gama et al. (2013), com 43%, inferior ao de Mello e Barbosa (2013), com 28%, e superior em estudos de Sorra et al. (2007), com 62%, relatório da DGS (2015), com 52%, Silva et al. (2016), com 66,5% e 78%, Famolaro et al. (2016), com 68%, e Smith et al. (2017), com 66%. Verifica-se que os profissionais discutem sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer (52,5%), são informados acerca dos erros que acontecem no serviço (46%), no entanto, não recebem informação acerca das mudanças

efetuadas em função dos relatórios de eventos/ocorrências (38%) pelo que indica que na totalidade não existe feedback do que é notificado, evidenciando uma comunicação pouco aberta que não permite a fomentação de uma cultura de aprendizagem adequada e atempada. Uma comunicação eficaz é a chave para a segurança do doente e é crucial para a gestão de um incidente. A WHO (2010) afirma que, numa percentagem de 60% relativamente a erros, uma comunicação pobre é o fator causal.

A dimensão relativa à *abertura na comunicação* apresenta uma média positiva de 50,7%, equivalente aos resultados dos estudos de Gama et al. (2013), com 49,4%, relatório da DGS, com 52%; resultados superiores apresentaram os estudos de Sorra et al. (2007), com 61%, o de Silva et al. (2016), com 62,5% e 58,2%, de Famolaro et al. (2016), com 64%, e o de Smith et al. (2017), com 62%; e percentagem inferior no estudo de Mello e Barbosa (2013), com 31%. Constatou-se que, embora exista uma comunicação entre os profissionais de saúde, quando é necessário questionar as decisões e ações do superior hierárquico observa-se uma abstenção. Ques et al. (2010) remetem para a importância da comunicação entre profissionais e a instituição. Para se alcançarem níveis elevados de segurança nos cuidados prestados, é fundamental que “não sejam ignorados os problemas existentes, mas sim reportados de forma adequada e que se fale abertamente sobre eles” (Águas, Araújo & Soares, 2017, p. 108).

A dimensão *frequência da notificação de eventos* obteve média positiva de 36,2%; com resultados superiores surge: DGS (2015), com 37%; Gama et al. (2013), com 44,8%; Sorra et al. (2007), com 59%; Silva et al. (2016), com 39,1% e 55,9%; Famolaro et al. (2016), com 67%; Smith et al. (2017), com 63%; e Mello e Barbosa (2013), com 38%. Constata-se uma reduzida notificação de eventos adversos por parte dos participantes. Também Correia, Martins e Forte (2017) evidenciam no seu estudo a necessidade de melhoria na adesão à notificação.

A dimensão *trabalho entre as unidades*, obteve uma média positiva de respostas de 41,5% similar ao obtido no estudo de Gama et al. (2013), com 41,2%, e com resultados superiores surgem os estudos de Sorra et al. (2007), com 57%, relatório da DGS (2015), com 48%, o de Silva et al. (2016), com 58,5% e 56,3%, Famolaro et al. (2016), com 61%, e o de Smith et al. (2017), com 57%, e percentagem inferior no estudo de Mello e Barbosa (2013), com 27%. Fragata (2011), destaca a coordenação, colaboração e cooperação entre os trabalhadores com objetivos comuns.

A dimensão *dotação de profissionais* apresenta uma média percentual positiva de 35,2%. Relativamente a outros estudos, verificam-se percentagens superiores: no estudo de Sorra et al. (2007) e Smith et al. (2017), ambos com 55%; Famolaro et al. (2016), com 54%; Mello e Barbosa (2013), com 44%; Silva et al. (2016), com 41,5 e 52,8%; e Fernandes e Queirós (2011), com 46%. Identificados com percentagens inferiores surge o estudo de Gama et al. (2013), com 28,2% e o relatório da DGS (2015), com 34%. Uma dotação segura implica a disponibilidade em todas as alturas de uma quantidade de recursos humanos, que abrange um conjunto de níveis de competência adequados, que vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes, perante a manutenção de condições de trabalho isentas de risco. Num estudo referido pelo Internacional Council of Nurses, evidenciou que cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de quatro doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão, e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso de salvamento (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Águas et al. (2017) referem no seu estudo uma preocupação reconhecida pelos enfermeiros, sobre as dotações seguras, conseguidas com um aumento do número de profissionais para reduzir a carga de trabalho.

A dimensão *transições* obteve uma média positiva de 31,6%, com percentagem inferior a diversos estudos: Sorra et al. (2007), com 45%; Gama et al. (2013), com 50,8%; Mello e Barbosa (2013), com 34%; DGS (2015), com 53%; Silva et al. (2016), com 69,3% e 67,9%; Famolaro et al. (2016), com 48%; e Smith et al. (2017), com 43%. Constata-se que é frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (51,6%) e, do mesmo modo, a informação é perdida quando são transferidos de um serviço/unidade para outro (48,9%). Para Águas et al. (2017), a comunicação entre elementos da equipa multidisciplinar é referida como um dos principais aspetos que necessitam de melhoria. De facto, perante a transferência de doentes entre serviços/unidades ou em mudanças de turno a comunicação é fundamental para uma continuidade de cuidados adequada e põe em causa a segurança do doente, o que foi corroborado por Williams et al. (2015) que, perante a análise de 598 relatórios, verificaram que a ocorrência de eventos adversos se devia a diversos fatores, dos quais de destacava, os erros na comunicação (54%). Santos, Grilo, Andrade, Guimarães e Gomes (2010) referem que um dos momentos cruciais de articulação e comunicação entre os profissionais de saúde acontece nos *handover*, ou seja, aquando a comunicação oral entre profissionais de saúde de informação pertinente acerca dos doentes, sempre que acaba um turno de atividade e começa

outro, onde há transferência de informação nos momentos de transição que tem como missão a continuidade e segurança dos cuidados.

A dimensão *resposta ao erro não punitiva*, apresenta o resultado mais baixo de respostas positivas do estudo, com 22,4%. Relativamente a outros estudos, surge Sorra et al. (2007), com 43%, Gama et al. (2013), com 52,5%, Mello e Barbosa (2013), com 18%, DGS (2015), com 26%, Silva et al. (2016), com 33,5% e 26,7%, Famolaro et al. (2016), com 45%, e Smith et al. (2017), com 44%. De facto, os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (27,9%), afirmando 25,6% 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, do mesmo modo, no estudo de Fernandes e Queirós (2011) são evidenciados os mesmos itens com percentagem superior de 37% e 35% para cada item respetivamente e no de Famolaro et al. (2016), com 51% e 48%, respetivamente. Efetivamente, a cultura tradicional da culpa, denominada cultura punitiva, acarreta mais danos que benefícios, pelo que é necessário que a organização desenvolva uma cultura institucional educativa (Marinho et al., 2014), que permita uma abordagem construtiva e abrangente, o que vai ser determinado pela forma como os prestadores de cuidados de saúde trabalham em equipa, como se comunicam entre si e com os doentes, a forma como a prestação de cuidados se processa e como os sistemas de suporte de cuidados são projetados (WHO, 2007).

No que diz respeito ao *número de eventos/ocorrências notificadas nos últimos 12 meses*, a maioria dos profissionais (82,8%) referiu nunca ter entregue ou preenchido um relatório de eventos/ocorrências. Comparativamente a outros estudos, verificam-se percentagens diferentes: 53% no estudo de Sorra et al. (2007) e 55% no de Famolaro et al. (2016); Silva et al. (2016), com 79% e 84,6% e no relatório da DGS, com 63%. Fragata (2011), destaca a importância da notificação de eventos como pedra basilar do sistema e da cultura de segurança, tendo em conta a sua componente facultativa. No estudo de Correia et al. (2017), constatou-se que a notificação de eventos adversos é uma preocupação dos enfermeiros gestores, embora ainda não haja adesão evidente. No estudo de Fernandes e Queirós (2011) verificou-se que os enfermeiros se encontram “convictos que, quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento”. Os mesmos autores concluíram que 95% dos participantes do seu estudo notificaram menos de dois erros no último ano e que cerca de 80% não procedeu a qualquer notificação. É necessário incrementar a adesão à notificação do erro (Correia et al., 2017).

Verifica-se que os participantes admitem que o *grau de segurança* do doente é considerado como *aceitável* (50,3%), seguida de *muito boa* (37,3%) e constata-se ainda uma percentagem mínima de 0,9% com a resposta *muito fraca*. Sorra et al. (2007) apresentam no seu estudo, uma percentagem de 48% de respostas *muito boa*, 24% *aceitável* e 22% *excelente*. Por sua vez, Silva et al. (2016) surgem com percentagens superiores de 68,9% e 58,2%, com a resposta *muito boa*. Famolaro et al. (2016) identificam com 42% um grau de segurança do doente considerado como *muito boa* com 42% e *excelente* com 34%, e o relatório da DGS (2015) destaca com 43% respostas *muito boa* e 41% *aceitável*.

Verificação das Hipóteses

Perante a análise dos dados obtidos no estudo, constatou-se que os profissionais conseguem apoiar-se mutuamente, tratam-se com respeito e trabalham em conjunto como equipa. Porém, verificou-se que o *trabalho em equipa* é inferior no grupo que trabalha mais de 40 horas por semana, pelo que o excesso de carga horária pode resultar em fadiga e cansaço, e contribuir para uma menor colaboração e interajuda dos profissionais. Profissionais que trabalham muitas horas por semana e por períodos sem o devido descanso, vêm condicionadas as suas exigências físicas e mentais, o que é corroborado no estudo de Robazzi et al. (2012), que evidenciou que o trabalho excessivo dos trabalhadores de saúde favorece o aparecimento de problemas físicos e/ou mentais. O impacto do excesso de horas laborais é preocupante, e a fadiga é identificada como um dos principais riscos de acidentes (Robazzi et al., 2012). A sobrecarga em termos quantitativos e qualitativos, surge quando as exigências excedem as capacidades de desempenho do indivíduo, por falta de tempo, infraestruturas e não organização do trabalho (Rainho, Pimenta, Antunes & Monteiro, 2015).

Constatou-se, ainda, que quanto maior o número de utentes atendidos diariamente, mais baixo é o trabalho em equipa. Magalhães, Dall’Agnol e Marck (2013), no seu estudo referem que quadros de pessoal com menos doentes apresentam melhores indicadores de qualidade de segurança, pelo que o aumento do número de doentes atribuídos a cada enfermeiro, ou auxiliar/técnico, tem um impacto negativo na segurança do doente. O atendimento de um maior número de doentes resulta num maior cansaço, fadiga, desgaste de energia, o que se reflete num menor cooperativismo por parte dos profissionais e a uma despersonalização dos cuidados.

O *trabalho em equipa* é mais elevado no grupo que já frequentou formação sobre segurança do doente, os profissionais encontram-se mais sensibilizados e atentos para a problemática e possuem conhecimentos atualizados. De realçar que uma equipa integra um grupo de indivíduos com um objetivo ou tarefa comum, que partilham, trabalhando separada mas cooperativamente para esse mesmo objetivo (Fragata, 2011), pelo que profissionais de saúde com formação contínua e comum, direcionada para a mesma finalidade aumenta a capacidade de resposta, colaboração e relação de ajuda com o intuito de atingir objetivos comuns.

No contexto referente ao investimento e promoção da segurança do doente, a gestão assume um papel preponderante na saúde (Correia et al., 2017). Verificou-se que as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, são superiores no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana, e com formação sobre segurança do doente. Assim, perante uma menor carga horária os profissionais encontram-se com mais energia e disponibilidade de tempo para a formação e aquisição de conhecimentos, inovação, aprendizagens, reflexão e iniciativas relacionadas com a segurança do doente, no seu local de trabalho. Os supervisores/gestores devem ter em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do doente e recompensá-los pelas suas iniciativas. Todo o investimento na formação, treino e qualificação de pessoal, quando bem planeado e desenvolvido, consegue produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas (Batista & Gonçalves, 2011). Minuzzi, Salum, Locks, Amante e Matos (2016), no seu estudo identificaram a necessidade de ampliação da supervisão e orientação da chefia, bem como a sua preparação para assumir o cargo, e a importância do gestor em promover o reconhecimento aos profissionais que executam as suas atividades tendo em vista a segurança do doente. O incentivo, o exemplo e o elogio são recursos fundamentais que a chefia pode utilizar a fim de promover a segurança do paciente.

Foi identificado pelos participantes, que quanto maior o número de utentes atendidos diariamente mais baixas as *expectativas do supervisor/gestor*, com denotação da qualidade em detrimento da quantidade.

A gestão do hospital deve proporcionar um ambiente promotor de segurança do doente e estabelece-lo como prioritário. O *apoio à segurança do doente pela gestão* é superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana, que nunca fez mais de 8 horas seguidas e frequentou formação sobre a segurança do doente, refletindo um grupo de profissionais com uma carga horária inferior, sem excesso de trabalho e com bases formativas. A gestão de

peessoas concentra-se no desenvolvimento dos seus profissionais e envolve a capacitação, treino e estratégias de envolvimento na produção do trabalho (Cordeiro et al., 2017). É fundamental incentivar os membros das equipas a evoluir no seu desenvolvimento como uma experiência de aprendizagem constante (Fragata, 2011) e estimulá-los a participar em cursos e formações. Para promover a cultura de segurança, o investimento em formação profissional é determinante (E. Silva et al., 2016) e torna-se relevante para a produtividade do serviço. Isso implica a necessidade de uma atitude mais proativa por parte dos gestores e da melhoria de coordenação entre a unidade e a gestão (Mello & Barbosa, 2013). Ques et al. (2010), destacam na sua investigação a falta de apoio da gestão para implementar e desenvolver intervenções seguras, bem como Marinho et al. (2014) que inferem sobre a fragilidade da gestão hospitalar destacando a necessidade de apoio da direção quanto à segurança do doente, exigindo ações que favoreçam a qualidade do cuidado. O relatório da DGS (2015) veio comprovar, ainda, que a cultura de segurança do doente não é amplamente assumida como prioritária pelos profissionais e instituições. Flin e Yule (2004), identificam notoriamente que o desempenho dos gestores influencia o compromisso organizacional com a segurança, comportamentos de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de erros.

Uma cultura de aprendizagem permite que os erros conduzam a mudanças positivas acompanhada de ganhos efetivos. Constatou-se que, quanto maior a idade, e mais anos de serviço possui o profissional, maior a *aprendizagem organizacional*. Triviño-Vargas e Barría (2016) comprovaram no seu estudo que a idade e a antiguidade profissional no serviço proporcionam significativamente uma autonomia no desempenho das atividades. Refletindo a capacidade de resposta atempada, adequada e eficaz, capacidade de decisão fundamentada, e os conhecimentos e habilidades dos profissionais. Também Sato, Barros, Jardim, Ratier e Lancman (2017), na sua pesquisa referiram que envelhecer no trabalho proporciona aos trabalhadores a construção de vínculos longitudinais o que favorece ainda mais o desenvolvimento do trabalho. Os mesmos autores inferem que os trabalhadores, ao longo dos anos, apropriaram-se de técnicas e equipamentos utilizados, bem como de questões específicas inerentes ao funcionamento do hospital (estrutura física, recursos humanos e materiais, relações interpessoais, entre outros), sendo conhecedores do contexto em que estão inseridos, o seu poder de decisão é mais apropriado, eficaz e oportuno. Cordeiro et al. (2017), na sua investigação, referem que o saber especializado, proveniente da experiência profissional, é elementar na compreensão do modo como se constrói o pensamento, principalmente quando se lida com a tecnologia, cuidados prestados por um profissional não

qualificado pode desencadear descuido ou subutilização do uso da tecnologia para o cuidado. Afirmam, ainda, que nomeadamente nos enfermeiros experientes, tendem a exibir uma prática mais segura na prestação de cuidados ao doente em que se utiliza tecnologia, face os mais novos que encontram dificuldades na articulação do seu uso de modo fundamentado.

Verificou-se, ainda, que a *aprendizagem organizacional* é superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana e que frequentou formação sobre segurança do doente. Profissionais com menor carga horária apresentam maior atenção, vigília e menor fadiga física e mental, com disponibilidade para frequentar ações de formação, promotoras de bases sólidas na competência profissional e efetuar aprendizagens. É fundamental a existência de uma cultura de segurança que abranja todo o sistema de saúde centrada na aprendizagem, num ambiente de trabalho aberto, em detrimento da existência de uma cultura de culpabilização e punição (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Porém, a cultura de aprendizagem ainda não está muito disseminada no âmago das organizações hospitalares. Num estudo de Rigobello et al. (2012), efetuado num hospital, evidencia que 49% dos profissionais refere que o seu local de trabalho não é propício para aprender com os erros; atingindo uma percentagem de 74%, no estudo realizado por Cauduro, Sarquis, Sarquis e Cruz (2015). Em contrapartida, Fernandes e Queirós (2011) identificaram 51% de profissionais que consideram que os erros conduzem a mudanças positivas.

As *perceções gerais sobre a segurança do doente* são superiores no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana e com formação sobre segurança do doente, são profissionais mais disponíveis, com menor carga horária, atentos aos problemas da segurança do doente, em que, perante um aumento da carga de trabalho, a segurança do doente é mantida. Ques et al. (2010) destacam a escassa disponibilidade de tempo no período laboral para trabalhar temas referentes à segurança do doente e ensinar outros profissionais. É fundamental formar, informar (E. Silva et al., 2016), pelo que a formação dos profissionais assim como a dos gestores da saúde deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente em ambiente hospitalar (Serranheira et al., 2009).

Os profissionais referem obter pouca informação acerca dos erros existentes na instituição, bem como das mudanças implementadas, e existe receio em colocar questões e discutir formas de prevenção do erro. No estudo de França et al. (2015), em sete hospitais, verificou-se que 80% dos profissionais debatem e discutem quando ocorrem eventos adversos, havendo consenso de que tais discussões levam a mudanças favoráveis na

segurança do doente. O *feedback e a comunicação acerca do erro* é superior no grupo que apresenta mais idade e com formação sobre segurança do doente. A idade confere maturidade, sabedoria, automotivação, autocontrolo, autoconsciência e sociabilidade, refletindo-se na abertura de comunicação com os seus pares. No estudo realizado por Sato et al. (2017), todos os participantes referiram que a obtenção de experiência, conhecimento e maturidade foram aspetos do envelhecimento que favoreceram o trabalho, passando a realizar as atividades com maior assertividade e economia de esforço físico e mental. Os mesmos autores referiram ainda que as chefias destacaram que os trabalhadores mais velhos têm maior experiência e conhecimento sobre o trabalho, possibilitando maior troca de saberes, demonstrando mais respeito, vontade de trabalhar e foco nas atividades (Sato et al., 2017). Por sua vez, a formação profissional contínua é imprescindível, o que é reforçado por Ques et al. (2010) no seu estudo onde advertiram sobre a insuficiente formação relacionada com temas de segurança.

Foi identificado também que, quanto maior o número de utentes que se atende diariamente, menor é o *feedback e a comunicação acerca do erro*. O atendimento de uma grande quantidade de utentes pode gerar desgaste físico e mental e refletir-se negativamente na empatia das relações estabelecidas, na comunicação e no *feedback*.

A comunicação é considerada fundamental para que se possa atuar de forma integrada em função do doente (Mello & Barbosa, 2013). Uma comunicação deficiente é responsável pela ocorrência de cerca de dois terços dos eventos adversos graves (Fragata, 2011). Constatou-se que a *abertura na comunicação* é superior no grupo que tem mais idade, com mais anos de serviço na profissão e que frequentou formação sobre a segurança do doente. São profissionais que apresentam um maior comprometimento e responsabilidade para com a instituição, com uma maior capacidade de resposta e conhecimentos. Profissionais com maturidade profissional são detentores de posturas e atitudes mais assertivas, têm um maior poder de comunicação, conseguem reconhecer os seus erros e comunicar os seus *feedbacks* da melhor forma quando necessário. A falta de linhas de comunicação efetivas é reconhecida com uma das várias situações que favorecem a ocorrência de erros (Souza et al., 2015). Lage (2010), afirma que uma comunicação aberta deveria ser a base de toda a comunicação, e evidencia também a implementação de planos de formação, inerente a uma mudança positiva.

Verificou-se que, quanto maior o número de utentes que o profissional atende diariamente, menor a *abertura na comunicação*. Tal como referido anteriormente, o atendimento de uma

grande quantidade de utentes pode gerar desgaste e refletir-se negativamente na empatia das relações estabelecidas e na comunicação.

Só perante a notificação de eventos adversos é que é possível ao nível da instituição a identificação de pontos críticos, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar (Pedroto, 2006). Foi identificada uma baixa *frequência de notificação de eventos*, por parte dos sujeitos, sendo superior no grupo que trabalha ≤ 40 horas por semana e com formação sobre segurança do doente. Portanto, são profissionais conhecedores da temática, com aprendizagens formativas, mais atentos para a ocorrência de eventos, e com disponibilidade laboral. S. Ramos e Trindade (2011), remetem para a existência de vários obstáculos que contribuem para um decréscimo da notificação e da utilização dos sistemas, “nomeadamente a dificuldade dos profissionais em aceitarem o erro, a escassa ou inexistência de formação pré-graduada e contínua neste âmbito, o receio de repercussões dentro da instituição e o medo da punição e respetivas consequências legais” (p. 18). A diminuição da adesão à notificação de eventos adversos por parte dos profissionais, surge devido ao receio de uma possível punição (Souza et al., 2015). Num estudo realizado por Françolin et al. (2015) em 15 hospitais, em relação à frequência da notificação de eventos adversos, 81,7% dos participantes notifica quando se trata de um evento adverso com potencial de prejudicar o doente, 87,7% quando atinge o doente, mas não causam danos. E mesmo quando causa lesão ao doente, 14,3% nunca ou raramente o relata. De realçar que 89,8% concorda que existe medo por parte da equipa em relação às consequências da notificação e 89,8% concorda que a discussão sobre os erros tem promovido mudanças positivas (Françolin et al., 2015). Fernandes e Queirós (2011), no estudo realizado a quatro hospitais, constaram que 80% dos profissionais não efectuou nenhuma notificação de evento adverso no último ano.

As instituições devem desenvolver políticas organizacionais focadas no estímulo à notificação de eventos e na implementação de medidas que direcionem para uma cultura organizacional não punitiva (Françolin et al., 2015). O efetivo registo de ocorrências de eventos adversos permitirá aprender e antecipar disfunções ou erros e, previsivelmente, obter mais e melhor segurança para o doente (Serranheira et al., 2009)

É essencial promover uma boa interação entre os diferentes setores do hospital, com vista à prestação de cuidados seguros e de qualidade ao doente (Minuzzi et al., 2016). As unidades coordenam-se e cooperam entre si com um objetivo comum, tendo sido identificado uma média de *trabalho entre as unidades* superior no grupo que trabalha mais de 40 horas por

semana e com formação sobre segurança do doente. São profissionais conhecedores do seu contexto laboral e com conhecimentos, essencial para uma melhoria da segurança do doente (Marinho et al., 2014). Ques et al. (2010) destacam no seu estudo a necessidade de melhorar a coordenação entre as unidades e serviços.

A *dotação de profissionais* remete para a existência de recursos humanos satisfatórios para dar resposta ao trabalho com qualidade. Os participantes identificaram que quantos mais anos de serviço na profissão e quanto maior o número de utentes atendidos diariamente, menor a dotação de profissionais. São profissionais que podem revelar alguma exaustão laboral, e estarem sujeitos a excesso de trabalho. Freitas e Parreira (2013), realçam que o conceito de dotação segura em enfermagem surgiu perante a necessidade de adequar os recursos humanos tendo em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos doentes, a qualidade dos cuidados de enfermagem, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e o nível de qualificação/experiência dos enfermeiros. Nogueira e Rodrigues (2015) afirmam que o número inadequado de profissionais é considerado uma barreira e provocar falhas na eficácia do processo de comunicação, pois a fadiga pode provocar distrações. A inadequação entre recursos humanos e o número de doentes pode determinar situações com potenciais implicações para a segurança do doente (Serranheira et al., 2009). A determinação do número necessário de profissionais de saúde é elemento chave na dotação, constituindo uma preocupação dos gestores/chefias, pois uma falha nesse sentido pode conduzir a erros que, podem resultar em danos para os utentes e para a organização (Freitas & Parreira, 2013).

Constatou-se, ainda, que o grupo que nunca fez trabalho semanal superior a 8 horas seguidas e que já frequentou formação sobre segurança do doente apresenta valor médio da variável *dotação de profissionais* superior, são profissionais com suporte formativo e sem excesso de trabalho com potencial de resposta adequada às exigências. Minuzzi et al. (2016) mencionaram a recomendação da ampliação do quantitativo de profissionais, a redução da sobrecarga de trabalho e a diminuição da carga horária semanal. O dimensionamento adequado de pessoal representa um importante indicador de segurança do doente.

Verificou-se que os profissionais apresentam algumas lacunas na informação transferida relativamente aos cuidados prestados, na mudança de turno, e na transferência do doente para outro serviço/unidade. Sendo a variável *transições* mais elevada no grupo de profissionais que nunca fizeram horário semanal superior a 8 horas e com formação sobre segurança do doente; e menor quanto maior o número de utentes atendidos diariamente. A comunicação eficaz na

transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos, e é considerada uma das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente (DGS, 2017).

Nogueira e Rodrigues (2015) realçam fatores essenciais para uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação e compreensão da mensagem, liderança clara, discussões saudáveis de informações pertinentes e consciência situacional.

Os profissionais sentem que os erros cometidos e as notificações dos seus erros podem ser usados contra eles e ser arquivados nos seus processos, sendo a média na variável *resposta ao erro não punitiva* mais elevada no grupo que desempenha o horário fixo e que frequentou formação sobre segurança do doente, pelo que constitui um grupo que possui conhecimentos, capacidade de reflexão, mais atento e que desempenha funções em turnos com sequência fixa diurna, sem estarem sujeitos aos malefícios dos turnos noturnos. A cultura punitiva bloqueia a comunicação dos erros e, conseqüentemente, impede que o processo seja revisto e que barreiras sejam instituídas (Minuzzi et al., 2016). França et al. (2015) evidenciam no seu estudo o medo dos profissionais em relação às medidas punitivas relacionadas à notificação de eventos adversos. O que é corroborado também por Muiño Miguez et al. (2007), que afirmam que o “receio/medo da responsabilidade pode ser um obstáculo na declaração efetiva dos eventos adversos e por sua vez levar a um desconhecimento da verdadeira magnitude dos problemas por parte da organização impedindo assim adotar medidas corretoras” (p. 603). Num estudo efetuado por Massoco e Melleiro (2015) é indubitável o medo da punição como fator limitativo na comunicação de erros e da notificação de eventos adversos. O estudo de Fernandes e Queirós (2011) destaca a existência de uma cultura de segurança “caraterizada pelo paradigma da punição e ocultação do erro (...) com uma preocupação de haver um registo no processo pessoal dos profissionais” (p. 47). Existe uma quantidade reduzida de profissionais que registam os seus erros e ainda muito menos os que os analisam (Lage, 2010). Isto acontece devido ao desconhecimento sobre o real objetivo da notificação e o receio de punição (Benson, 2010; Fernandes & Queirós, 2011). Uma cultura não punitiva favorece a divulgação aberta e transparente dos erros, com uma evolução favorável para uma

cultura de abordagem do erro de forma aberta e frontal num sistema de aprendizagem centrado nas causas e sistemas (Correia et al., 2017).

Constatou-se que, aquando da verificação de hipóteses, a existência de correlações significativas entre as doze dimensões da cultura de segurança do doente e a personalidade resistente, nomeadamente entre o compromisso e o desafio. Assim, quanto mais elevado: o *trabalho em equipa*, as *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente*, o *apoio à segurança do doente pela gestão*, a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua*, as *perceções gerais sobre a segurança do doente*, o *feedback e a comunicação acerca do erro*, a *abertura na comunicação* e a *frequência da notificação de eventos*, mais elevado o sentido de compromisso e desafio, e menor a falta de controlo.

Verificou-se que a falta de controlo reflete uma diminuição efetiva do trabalho em equipa, profissionais inseguros, sem capacidade de atuação perante situações pontuais, são incapazes de responder às exigências colocadas (Serranheira et al., 2009) tornam-se elementos potenciadores de ocorrência de erros. Fragata (2011), afirma que “uma equipa bem estruturada e gerida serve assim a segurança, mas o inverso potenciará a possibilidade de erros” (p. 32). As equipas minimizam as suas deficiências e apresentam perspetivas diferentes sobre um mesmo problema, melhorando o processo de atuação, já que conseguem desenvolver mais e melhor trabalho do que somente um indivíduo (Maxwell, 2015).

Os participantes no estudo demonstram ser empenhados nas suas atividades, e possuem habilidade para lidar de maneira efetiva com as dificuldades e situações adversas e conseguem ter objectivos e metas em comum. Possuem sentido de responsabilidade, e evidenciaram um grande compromisso com atividades desempenhadas, possibilitando aprendizagens perante a ocorrência de eventos adversos, com condução a mudanças positivas, traduzidas numa melhoria contínua na prestação de cuidados. A mudança é percecionada como uma oportunidade para gerar aumento de habilidades, de competências próprias e crescimento pessoal, facultando ao indivíduo flexibilidade a nível cognitivo. Os estímulos stressantes são encarados como desafio, num ambiente de comunicação de incidentes sem culpa, com a finalidade de aprender, implementando medidas e controlando a sua eficácia (Fragata, 2011). O que é corroborado por R. Silva et al. (2014), que afirmam que a mudança está presente em todos os aspetos da vida pessoal, social e laboral, e é entendida como uma oportunidade de crescimento pessoal, em que as situações geradoras de stress não devem ser encaradas como uma ameaça, mas sim como um desafio a ser enfrentado e superado através de aprendizagens

positivas. Profissionais com carácter desafiador não desistem perante dificuldades, e procuram desenvolver condutas e habilidades com empenho, motivação e envolvem-se com o trabalho, a família e outras pessoas (R. Silva et al., 2014).

Verificou-se que a falta de controlo dos participantes os profissionais são incapazes de retirar consequências positivas perante situações adversas, refletindo insegurança no desempenho das suas funções. De facto, a falta de controlo, surge como fator destabilizante, maior distração nas atividades desempenhadas, maior risco de erro e falibilidade.

A falta de controlo contribui para uma comunicação e transferência de informação deficitárias. É fundamental reduzir a possibilidade de ocorrência de erros em resultado de uma comunicação deficitária e, assim, diminuir o risco para os doentes, com a finalidade de aumentar a qualidade das intervenções dos profissionais de saúde, melhorando a relação profissional de saúde-doente, com consequente aumento da adesão por parte do doente (Santos et al., 2010). A comunicação entre profissionais de saúde, passagens de turno incompletas, letra ilegível, verbalização pouco clara, ruído, relações interpessoais difíceis ou mesmo comunicação inexistente, são fatores que condicionam significativamente a segurança do doente (WHO, 2008a). Nogueira e Rodrigues (2015) asseveram que as falhas no trabalho em equipa e na comunicação entre os profissionais são um dos fatores principais que levam à ocorrência de erros/eventos adversos, refletindo-se na diminuição da qualidade dos cuidados.

É necessário desenvolver a cultura de segurança no seio das equipas e da instituição no sentido de desenvolver ações de prevenção de futuros incidentes e implementação à adesão da notificação (Correia et al., 2017). Os gestores devem desenvolver estratégias de gestão do risco, para perceber e conhecer a cultura e práticas face ao erro, para assim identificar necessidades e desenvolver planos de atuação que promovam uma cultura de segurança e notificação do erro (Correia et al., 2017). Para isso, é fundamental o desenvolvimento de um sistema não punitivo de notificação e análise de eventos adversos, permitindo a identificação pró-ativa de ameaças latentes, desenvolvendo assim uma cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização (Paese & Sasso, 2013).

Na generalidade dos profissionais de saúde, quanto à personalidade resistente, evidenciaram os domínios do compromisso e desafio, o que reflete, um grande compromisso com as atividades desempenhadas e uma capacidade em enfrentar os desafios, no entanto surge pouca habilidade em lidar de maneira efetiva com as dificuldades, nomeadamente quando a falta de

controlo se instala. No estudo de R. Silva et al. (2014) foi identificada a presença de características da personalidade resistente em apenas 12% dos profissionais de saúde, e constatou-se que a maioria apresenta uma percentagem reduzida na dimensão controlo. Com resultados similares surge o estudo de Jacques et al. (2017) a profissionais de enfermagem, onde não houve a identificação de uma personalidade resistente na amostra estudada, ou seja, não se verificou a existência de nenhuma personalidade individual com a presença de características que possibilitam a resistência a estímulos geradores de stresse, no entanto foram encontradas médias consideráveis nos domínios compromisso e desafio.

Propostas de Intervenções/Investigações Futuras

Sugere-se por parte da gestão de equipas o reforço de estratégias de sensibilização, motivação, incentivo e de educação/formação dos profissionais de saúde, com o intuito de desenvolver competências em segurança do doente e gestão de risco. Criar mecanismos de comunicação organizacional eficazes e incentivo à notificação, estabelecendo como uma prioridade a notificação de eventos adversos, para otimizar a aprendizagem e melhoria contínua dos cuidados prestados a partir da identificação e análise do erro. Conceber um programa online intra-hospitalar de sugestões/reclamações dos profissionais de saúde (aprendizagem/ inovação positivas).

Como investigação futura seria pertinente analisar quais os custos associados à não notificação dos eventos adversos.

Limitações da Investigação

Como limitação do presente estudo foi considerada a escassez de estudos com o mesmo objectivo/questão de investigação, desta dissertação, e ter sido utilizada uma amostra não probabilística, comprometendo a representatividade e possibilidade superior de viés. Foram adotadas estratégias de motivação à participação no sentido de aumentar o tamanho da amostra para que o número de participantes se aproximasse da população alvo, no sentido de mitigar as limitações do estudo.

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

A promoção da segurança do doente tem sido o foco de atenção em todas as sociedades e é cada vez mais reconhecida a necessidade de serem desenvolvidas intervenções específicas de gestão do risco, no sentido de promover a qualidade dos cuidados de saúde. A prestação de cuidados de saúde é um processo complexo, em que existe a possibilidade de ocorrência de eventos adversos causados por inúmeros fatores, pelo que é fulcral analisá-los, no sentido da adoção de protocolos padronizados, que serão importantes para a gestão da segurança, que deve associar-se à disponibilidade de recursos adequados. No entanto, ainda se verificam alguns obstáculos para a aplicação destas medidas.

O presente estudo foi realizado no CHTMAD, com uma amostra constituída por 1.056 participantes, o que reflete uma taxa de adesão considerável de 58,7%. Tendo como referência os objetivos do estudo, os resultados permitem concluir que a cultura de segurança percecionada pelos profissionais de saúde, apresenta-se como fator crítico da qualidade dos cuidados de saúde, dado que nenhuma dimensão foi classificada como forte (parecer positivo >75%). A dimensão trabalho em equipa foi a que obteve uma percentagem de respostas positivas superior (65,9%), em contrapartida, a dimensão resposta ao erro não punitiva apresentou uma percentagem de respostas positivas inferior, com 22,4%.

A subnotificação do erro é evidenciada pelos resultados do presente estudo, com 82,8% dos profissionais a assumir não ter submetido ou preenchido um relatório de eventos/ocorrências no último ano. O grau de segurança do doente é percecionado pelos profissionais de saúde que participaram no estudo como *aceitável* (50,3%), seguindo-se dos que a consideram *muito boa* (37,3%).

Os resultados relativos às dimensões da cultura de segurança do doente foi observada uma relação estatisticamente significativa entre: o *trabalho em equipa* e as *expectativas do supervisor/gestor e acções que promovam a segurança do doente* com as horas de trabalho semanal e o número de utentes que atende diariamente; também foi evidente a relação estatística e significativa entre o *apoio à segurança do doente pela gestão* e as horas de trabalho semanal, assim com a frequência de trabalho semanal superior a 8 horas; entre a *aprendizagem organizacional - melhoria contínua* e a *abertura na comunicação* e a idade, os anos de serviço na profissão, e o número de utentes que atende diariamente; *feedback e a comunicação acerca do erro* relacionam-se significativamente com a idade, com o número de utentes que atende diariamente; *as percepções gerais sobre a segurança do doente*, a

frequência da notificação de eventos e o trabalho entre as unidades com as horas de trabalho semanal; a *dotação de profissionais* com os anos de serviço na profissão, com as horas de trabalho semanal, com frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas e com o número de utentes que atende diariamente; a dimensão *transições* com as horas de trabalho semanal, com frequência de horário semanal superior a 8 horas e com o número de utentes que atende diariamente; e a *resposta ao erro não punitiva* com o tipo de horário. A frequência de formação sobre segurança do doente apresenta relação estatisticamente significativa com todas as dimensões.

Quanto à análise de correlação entre a personalidade resistente com as dimensões de cultura de segurança do doente, observou-se que estas se mostraram baixas e positivas e a relação foi significativa para as dimensões *expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional - melhoria contínua, percepções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação*. Os resultados obtidos evidenciam que os profissionais que apresentaram pontuações mais elevadas de personalidade resistente também mostraram valores significativamente mais altos para as dimensões atrás referidas. Podemos concluir que os recursos pessoais, nos quais se inclui o tipo de personalidade, são particularmente importantes. O que o presente estudo nos mostra, é que os profissionais que se comprometem com o que fazem, que encaram as situações adversas como oportunidades de aprendizagem, são os profissionais que também mostram valores significativamente mais elevados para as dimensões de cultura de segurança do doente, supracitadas. As correlações entre as dimensões compromisso e desafio da personalidade resistente foram positivas e significativas com as 12 dimensões de cultura de segurança do doente, em contrapartida mostraram-se negativas quando relacionadas com a dimensão falta de controlo da personalidade resistente. De fato, a falta de controlo refere-se à tendência para não agir no sentido de influenciar os acontecimentos e acreditar que não detêm o domínio da situação, os resultados deste estudo mostram que os profissionais que apresentam pontuações mais elevadas nesta dimensão da personalidade resistente são que reportam pontuações mais baixas em todas as dimensões de cultura de segurança do doente.

Este estudo não representa um fim em si mesmo, constitui uma contribuição útil para futuros projetos e reveste-se de sugestões que visam não só complementar o trabalho realizado como a indicação para novos percursos de investigação. O reforço de estratégias de sensibilização e

de educação/formação dos profissionais de saúde é fundamental, com a finalidade de fomentar um incremento do número de notificações e consequentemente promoção da cultura de segurança. Pelo que, a cultura de reportar eventos adversos, implica aprender com as *nuances* do erro, a responsabilização sem culpa, a partilha de valores sobre a segurança, antecipação de eventos adversos o que permitirá intervenções proactivas, com reflexo positivos nos resultados clínicos, económicos, organizacionais, profissionais e assumindo a centralidade cuidados na pessoa doente.

Consideramos ser perentório não se ignorar os problemas existentes para serem alcançados níveis elevados de uma cultura de segurança nos cuidados de saúde prestados. Por outro lado, é notório que a qualidade em saúde e as medidas que motivem para cultura de segurança, dependem de processos inovadores e sistemáticos da organização do trabalho e a sua aplicação por gestores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agapito, S. M., & Sousa, F. C. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 132-139.
- Águas, R., Araújo, C. A. C., & Soares, S. (2017). Questionário de atitudes de segurança - Versão cuidados intensivos: Adaptação e validação para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência* 4(15), 101-108.
- Albrecht, R. M. (2015). Patient safety: The what, how, and when. *The American Journal of Surgery*, 210(6), 978-982.
- Allué, N., Chiarello, P., Delgado, E. B., Castells, X., Giraldo, P., Martínez, N., . . . Cots, F. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 48-54.
- Alto Comissariado da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração*. Recuperado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>
- Alves, K. Y. A., Santos, V. E. P., & Dantas, C. N. (2015). A análise do conceito segurança do paciente: A visão evolucionária de Rodgers. *Aquichan*, 15(4), 521-528.
- Andrés, J. M. A., & Remón, C. A. (2010). *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de latinoamérica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Anjos, E. M., & Astorga, C. M. (2016). A personalidade resiliente: Uma conceptualização teórica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 151-156.
- Areosa, J. (2009). Do risco ao acidente: que possibilidades para a prevenção?. *Revista Angolana de Sociologia*, 4, 39-65.
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: Significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899.
- Benson, A. (2010). Creating a culture to support patient safety. The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 10-17.
- Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-436.
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: Melhorando assistência ao cliente. *Mundo Saúde*, 35(5), 319-331.
- Brey, C., Miranda, F. M. D., Haefner, R., Castro, I. R. S., Sarquis, L. M. M., & Felli, V. E. (2017). O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7(1135), 1-10.
- Caldana, G., & Gabriel, C. S. (2017). Avaliação do programa de acreditação hospitalar: Validação de face e conteúdo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), 47-53.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Capucho, H. C., Arnas, E. R., & Cassiani, S. H. B. (2013). Segurança do paciente: Comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 164-172.
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: Uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Temat(10), 3-10.

- Cauduro, F. L. F., Sarquis, L. M., Sarquis, L. M. M., & Cruz, E. D. A. (2015). Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico. *Cogitare Enfermagem*, 20(1), 129-138.
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2017). *Relatório e contas 2016*. Recuperado de http://chtmad.com/docs_internos/relatorio_contas_2016.pdf
- Civil Aviation Safety Authority. (2012). *SMS for aviation: A practical guide human factors 6* (Vol. 6). Camberra: Author.
- Conselho Europeu. (2009). Recomendação do Conselho de 9 de junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*. Recuperado de http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_pt.htm
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of organizational stress*. Manchester: Oxford University Press.
- Cooper, D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111-136.
- Cooper, D. (2001). *Improving safety culture: A practical guide*. Hull: Wiley.
- Cordeiro, A. L. A. O., Fernandes, J. D., Mauricio, M. D. A. L. L., Silva, R. M. d. O., Barros, C. S. M. A., & Romano, C. M. C. (2017). Human capital in the nursing management of hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51.
- Correia, T. S. P., Martins, M. M. F. P., & Forte, E. C. N. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 75-84.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2a ed.). Coimbra: Almedina.
- Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro. *Diário da República*, 1.ª Série - N.º 208. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 233. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Departamento da Qualidade na Saúde. (2013). *Relatório de progresso de monitorização: Sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Department of Health Expert Group. (2000). *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer*. London: The Stationery Office.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 28. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 102. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 6430/2017, de 25 de julho. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 142. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 3635/2013, de 7 de março. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 47. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 120. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Directiva 2011/24/UE de 9 de março. (2011). *Parlamento Europeu e Conselho*. Estrasburgo: Jornal Oficial da União Europeia.

- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre a segurança do doente. Relatório técnico*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). *Relatório segurança dos doentes. Avaliação da cultura nos hospitais*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>
- Doi, Y. (2005). An epidemiologic review on occupational sleep research among japanese workers. *Industrial Health*, 43(1), 3-10.
- Donaldson, L., & Philip, P. (2004). Patient safety: A global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 892-892.
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M., & Oliveira, F. T. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 144-154.
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação ação numa unidade de radioterapia*. Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa.
- European Commission. (2012). *Report from the Commission to the Council: On the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf
- European Commission. (2014a). *Patient safety and healthcare-associated infections: Report from the Commission to the Council*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf
- European Commission. (2014b). *Patient safety in the EU: 2014*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ps2014_infograph_en.pdf
- União Europeia. (2016). Segurança dos pacientes. *Jornal Oficial da União Europeia*.
- Famolaro, T., Yount, N. D., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., & Sorra, J. (2016). *Hospital Survey on patient safety culture: 2016 user comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Faria, P. L. (2010). Perspectivas do direito da saúde em segurança do doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 81-88.
- Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37-48.
- Filho, A. P. G., Andrade, J. C. S., & Marinho, M. M. O. (2011). Cultura e gestão da segurança no trabalho: Uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, 21(1), 18-26.
- Filho, G. I. R. (2002). Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. *Revista Produção*, 11(2), 69-87.
- Fleming, M. (2001). *Safety culture maturity model*. Colegate, Norwich: Health and Safety Executive.
- Flin, R., & Yule, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl II), 45-51.

- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(6), 564-570.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Françolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Silva, A. E. B. C., Brito, M. F. P., & Machado, J. P. (2015). Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 277-283.
- Freitas, M. J. B. S., & Parreira, P. M. D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 171-178.
- Gama, Z. A. S., & Hernández, P. J. S. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 29-40). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(2), 283-293.
- Gómez Ramírez, O. J., Soto Gámez, A., Arenas Gutiérrez, A., Garzón Salamanca, J., González Vega, A., & Mateus Galeano, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en Enfermería*, 29(2), 363-374.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418-427.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489.
- Glendon, A. I., & Stanton, N. A. (2000). Perspectives on safety culture. *Safety Science*, 34(1-3), 193-214.
- Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: A review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3), 215-257.
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Artmed Editora.
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: Lessons from aviation. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 781-785.
- Hopkins, A. (2006). Studying organisational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, 44(10), 875-889.
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *BMJ Quality & Safety*, 12(suppl 1), i7-i12.
- Hughes, R. G. (2008a). Nurses at the “Sharp End” of patient care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hughes, R. G. (2008b). Tools and strategies for quality improvement and patient safety. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3, pp. 1-39). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies.
- International Civil Aviation Organization. (2003). Why human factors in aircraft maintenance: Background information and justification. In *Human factors guidelines for aircraft maintenance manual* (Vol. 9824, pp. 1-11). Autor.
- Jacques, J. P. B., Oussak, L. C. S., Scholze, A. R., Ribeiro, B. G. A., Martins, J. T., & Ribeiro, R. P. (2017). Hardiness personality and coping between nursing professionals of surgical centers. *Journal of Nursing UFPE*, 11(11), 4631-4637.
- Joint Commission International. (2018). International patient safety goals. Retrieved from <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (Vol. 4, pp. 3-32). Hillsdale, NJ: LEA.
- Kristensen, S., & Bartels, P. (2010). *Use of patient safety culture instruments and recommendations*. Aarhus, Denmark: European Society for Quality in Healthcare.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 11-16.
- Lage, M. J., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar? *Tecno Hospital*, 60(nov/dez), 22-27.
- Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *Jama*, 272(23), 1851-1857.
- Legemaate, J. (2013). Patient rights and patient safety. In *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks* (pp. 11-29). Denmark: World Health Organization, Europe.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lima, A. F. C. (2009). Avaliação de resultados do paciente obtidos a partir dos cuidados de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(Especial - 70 Anos), 872-874.
- Lima, F. D. M. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Espaço para a Saúde*, 15(3), 22-29.
- Madalosso, A. R. M. (2000). Iatrogenia do cuidado de enfermagem: Dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 11-17.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74(2), 575-598.
- Magalhães, A. M. M., Dall'Agnol, C. M., & Marck, P. B. (2013). Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: Estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 146-154.
- Magalhães, G. (2005). *Introdução à metodologia científica: Caminhos da ciência e tecnologia*. São Paulo: Ática.
- Marinho, M. M., Randunz, V., & Barbosa, S. F. F. (2014). Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 581-590.
- Marodin, G., & Goldim, J. (2009). Confusões e ambigüidades na classificação de eventos adversos em pesquisa clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 690-696.

- Marques, D. O., Pereira, M. S., Souza, A. C. S., Vila, V. S. C., Almeida, C. C. O. F., & Oliveira, E. C. (2015). O absenteísmo-doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 876-882.
- Maslach, C. (2003). Job burnout new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Massoco, E. C. P., & Melleiro, M. M. (2015). Comunicação e segurança do paciente: Percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(2), 187-191.
- Maxwell, J. C. (2015). *The leadership handbook: 26 Critical lessons every leader needs*. Nashville, Tennessee: Thomas Nelson Publishers.
- Mello, J. F., & Barbosa, S. F. F. (2013). Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(4), 1124-1133.
- Mendes, C. M. F. G. S., & Barroso, F. F. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205.
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 279-284.
- Mendes, W., & Moura, M. L. O. (2013). Estratégias para a segurança do paciente em serviços de saúde. In Anvisa (Ed.), *Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 57-64). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Meneghini, F., Paz, A. A., & Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 225-233.
- Ministério da Saúde. (2009). *Nos 30 anos do SNS: Governança dos hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. Lisboa: Autor.
- Minuzzi, A. P., Salum, N. C., Locks, M. O. H., Amante, L. N., & Matos, E. (2016). Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 121-129.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., & Buil, J. A. (1999). Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del psicólogo*, 74(3), 3-11.
- Mitchell, P. H. (2008). Defining patient safety and quality care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 3, pp. 1-5). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Muiño Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606.
- National Patient Safety Agency. (2007). *Healthcare risk assessment made easy*. London: Autor.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(suppl 2), ii17-ii23.
- Nogueira, J. W. S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 636-640.
- Olds, D. M., & Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41(2), 153-162.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Segurança do doente*. Lisboa: Autor.

- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Ortega, M. d. C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., Siqueira, H. C. H., Montesinos, M. J. L., & Soler, L. M. (2015). Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404-410.
- Osborn, S., & Williams, S. (2004). *Seven steps to patient safety: The full reference guide* (2nd ed.). London: National Patient Safety Agency.
- Padilha, K. G. (2001). Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 91-96.
- Paese, F., & Sasso, G. T. M. D. (2013). Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(2), 302-310.
- Pafaro, R. C., & Martino, M. M. F. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 152-160.
- Paschoalini, B., Oliveira, M. M., Frigério, M. C., Dias, A. L. R. P., & Santos, F. H. (2008). Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492.
- Pedroto, I. (2006). Risco clínico e segurança do doente. *Nascer e Crescer*, 15(3), 168-173.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, M. P., & Junior, O. C. S. (2017). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global*, 16(45), 309-352.
- Piotrowicz, M., Cianciara, D., & Wysocki, M. J. (2009). The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth. *Przegląd Epidemiologiczny*, 63(2), 321-324.
- Pronovost, P. J., Goeschel, C. A., Marsteller, J. A., Sexton, J. B., Pham, J. C., & Berenholtz, S. M. (2009). Framework for patient safety research and improvement. *Circulation*, 119(2), 330-337.
- Ques, Á. A. M., Montoro, C. H., & González, M. G. (2010). Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 42-49.
- Rainho, M. d. C., Pimenta, G., Antunes, M. C., & Monteiro, M. J. (2015). Validação da escala de stress profissional em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 48-54.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48(Nov/Dez), 16-20.
- Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents* (Vol. 6). Aldershot, UK: Ashgate.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-770.
- Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: The need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 2), ii28-ii33.
- Reason, J. (2005). Safety in the operating theatre—Part 2: Human error and organisational failure. *Quality and Safety in Health Care*, 14(1), 56-60.

- Reis, F. L. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Revere, A., & Eldridge, N. (2008). Joint Commission National patient safety goals for 2008. *VA National Center for Patient Safety*, 12(1), 1-4.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3a ed.). Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, O., Cunha, M., Duarte, J., Ferreira, A. L., Ferreira, A. S., Venício, D., . . . Pina, G. (2014). A Segurança do doente em cuidados paliativos: Percepção dos profissionais de saúde. *Millenium*, 47(jun/dez), 173-189.
- Richter, A., & Koch, C. (2004). Integration, differentiation and ambiguity in safety cultures. *Safety Science*, 42(8), 703-722.
- Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L., Cassiani, S. H. D. B., Galon, T., Capucho, H. C., & Deus, N. N. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 728-735.
- Robazzi, M. L. C., Mauro, M. Y. C., Secco, I. A. O., Dalri, R. C. M., Freitas, F. C. T., Terra, F. S., & Silveira, R. C. P. (2012). Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. *Revista enfermagem UERJ*, 20(4), 526-532.
- Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Herмосilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 72-88.
- Rooney, J. J., Heuvel, L. N. V., & Lorenzo, D. K. (2002). Reduce human error. *Quality Progress*, 35(9), 27-36.
- Salanova, M., Bakker, A. B., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 1-22.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.
- Santos, M. C., Grilo, A. M., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol Temat*(10), 47-57.
- Sato, A. T., Barros, J. O., Jardim, T. A., Ratier, A. P. P., & Lancman, S. (2017). Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10), 1-12.
- Saturno, P. J., Gama, Z. A., Sousa, S. L., Oliveira, A. C., Miranda, Y. F., & Ferreira, M. S. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del sistema nacional de salud español*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Schmidt, D. R. C., Dantas, R. A. S., Marziale, M. H. P., & Laus, A. M. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(2), 330-337.
- Sellers, R. (2014). *A professional culture of safety: The influence, measurement and development of organisational safety culture*. Paper presented at the ISASI 2014 Seminar, Adelaide, Australia.
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P., & Leite, E. (2009). Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Revista Saúde Trabalho*, 7, 5-29.

- Shappell, S. A., & Wiegmann, D. A. (2000). *The human factors analysis and classification system: HFACS*. Retrieved from <https://commons.erau.edu/publication/737/>
- Shekelle, P. G., Wachter, R. M., Pronovost, P. J., Schoelles, K., McDonald, K. M., Dy, S. M., . . . Winters, B. D. (2013). *Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., & Markowitz, A. J. (2001). *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices* (Vol. 43). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Silva, A. C. A. B., & Rosa, D. O. S. (2016). Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 21(esp), 1-10.
- Silva, E. M. B., Pedrosa, D. L. L., Leça, A. P. C., & Silva, D. M. (2016). Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Referência-Revista de Enfermagem*, 4(9), 87-95.
- Silva, R. O. C., Batista, K. M., & Grazziano, E. S. (2014). Personalidade resistente nas equipes médica e de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista SOBECC*, 19(4), 214-218.
- 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*, 12(2), 112-118.
- Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2017). Exploring relationships between hospital patient safety culture and consumer reports safety scores. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-9.
- Sorra, J., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199), 1-13.
- Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). *Hospital survey on patient safety culture: User's guide*. Rockville, MD: AHRQ Publication.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sorra, J., Nieva, V., Famolaro, T., & Dyer, N. (2007). *Hospital survey on patient safety culture: 2007 Comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sousa, P. (2006). Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Nascer e Crescer*, 15(3), 163-167.
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 89-95.
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2011). Segurança do doente: Eventos adversos em hospitais. *Screening*, 1, 0-38.
- Souza, V. S., Kawamoto, A. M., Oliveira, J. L. C., Tonini, N. S., Fernandes, L. M., & Nicola, A. L. (2015). Erros e eventos adversos: A interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 475-482.
- Tomazoni, A., Rocha, P. K., Kusahara, D. M., Souza, A. I. J., & Macedo, T. R. (2015). Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 161-169.
- Travassos, C., & Caldas, B. (2013). A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: Histórico e conceitos. In *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática* (pp. 19-28). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- Trivino-Vargas, P., & Barriá, R. M. (2016). Nivel de autonomía de enfermeras en la práctica pediátrica. Una experiencia chilena. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 216-225.

- Uva, A. S., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat*(10), 1-2.
- Valente, G. S. C., Viana, L. d. O., & Neves, I. G. (2010). Las especialidades y los vínculos con la formación continua del enfermero: Repercusiones para la actuación en el municipio de Rio de Janeiro. *Enfermería Global*(19), 1-12.
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*, 17(6), 487-496.
- Vincent, C. (2012). *The essentials of patient safety*. Recuperado de <https://chfg.org/wp-content/uploads/2012/03/Vincent-Essentials-of-Patient-Safety-2012.pdf>
- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2013). *The measurement and monitoring of safety: Drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring*. London: The Health Foundation.
- Vogus, T. J., Sutcliffe, K. M., & Weick, K. E. (2010). Doing no harm: Enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *The Academy of Management Perspectives*, 24(4), 60-77.
- Wakefield, M. K. (2008). The Quality chasm series: Implications for nursing. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Vol. 1, pp. 47-66). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 2), ii22-ii27.
- Williams, H., Edwards, A., Hibbert, P., Rees, P., Evans, H. P., Panesar, S., . . . Carson-Stevens, A. (2015). Harms from discharge to primary care: Mixed methods analysis of incident reports. *British Journal of General Practice*, 65(641), e829-e837.
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & Van Ginneken, E. (2011). *Cross-border health care in the European Union: Mapping and analysing practices and policies*. United Kingdom: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2007). *Patient safety solutions preamble* - May 2007. Retrieved from <http://cdrwww.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>
- World Health Organization. (2008a). *Patient safety workshop: Learning from error*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2008b). *World alliance for patient safety: Research for patient safety - better knowledge for safer care*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2009b). *Global priorities for patient safety research: Better knowledge for safer care*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2009a). *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2010). *Patient safety workshop: Learning from error*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Copenhagen: Author.
- World Health Organization. (2017). 10 facts on patient safety. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

APÊNDICES

APÊNDICE A | Questionário

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Questionário

Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar

José Pedro Rodrigues



Caro participante,

O meu nome é José Pedro Rodrigues, sou estudante de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, na Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, estou a desenvolver a dissertação na área da avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar. Neste sentido pretendemos utilizar o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* da agência americana *Agency for Healthcare Research and Quality*, já traduzido e validado para a população portuguesa por Margarida Eiras (2008), e a Escala - Personalidade Resistente (Adaptada do questionário "Desgaste Profissional em Enfermeiros", Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang e González (2008)).

Questionário hospitalar sobre política de segurança do doente.

A segurança do doente¹ é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação e frequência de eventos/ocorrências² no Hospital no qual trabalha.

A sua participação é fundamental para consecução dos objetivos do estudo: contribuir para a promoção/otimização da cultura de segurança do doente, nos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, bem como, efetuar uma avaliação da cultura de segurança do doente, garantir um incremento positivo na qualidade dos cuidados prestados e sensibilizar os profissionais de saúde para a problemática em estudo.

INSTRUÇÕES

- Pretende-se a sua opinião pessoal e sincera.
- É fundamental que responda a todas as questões com rigor e honestidade.
- Leia atentamente a escala de resposta e preencha apenas uma opção, não existem respostas certas ou erradas, apenas deve exprimir a sua opinião. Em caso de engano ao assinalar a resposta, risque-a e assinale a que pretende.
- O questionário é anónimo e confidencial, não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário. A análise dos dados recolhidos será realizada de forma global, assegurando e respeitando o anonimato.
- Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.
- Considere o Serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

Após ter respondido ao questionário, introduza-o no envelope e feche-o, entregando-o posteriormente ao seu responsável.

¹A "segurança do doente" é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

²Um "evento/ocorrência" é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

Obrigado pela sua disponibilidade!

SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

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

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

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

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

1 - Discordo fortemente	2 - Discordo	3 - Não concordo nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo fortemente
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos				
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente				
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos				
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente				

SECÇÃO C: Comunicação

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

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

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

SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, com que frequência são notificados?
Para responder utilize a escala indicada:

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

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

SECÇÃO E: Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu Serviço/unidade de trabalho neste Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)

☐ 1 - Excelente	☐ 2 - Muito Boa	☐ 3 - Aceitável	☐ 4 - Fraca	☐ 5 - Muito Fraca
--	--	--	------------------------------------	--

SECÇÃO F: O seu Hospital

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

1 - Discordo fortemente	2 - Discordo	3 - Não concordo nem discordo	4 - Concordo	5 - Concordo fortemente					
					1	2	3	4	5
1. A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente									
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros									
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro									
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente									

	1	2	3	4	5
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno					
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital					
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital					
8. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades					
9. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade					
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente					
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente					

SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas

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

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

SECÇÃO H: Caracterização sociodemográfica e profissional

1 - Sexo: ☐ (1) M ☐ (2) F

2 – Idade: _____ anos.

3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário? ☐ (1) Sim ☐ (2) Não

4 - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado? ☐ (1) Sim ☐ (2) Não

5 - Profissão: ☐ (1) Médico ☐ (2) Técnico superior ☐ (3) Enfermeiro ☐ (4) Assistente operacional ☐ (5) Administrativo ☐ (6) Outro _____

6 - Experiência no serviço/unidade: _____ anos e _____ meses.

7 - Experiência na Instituição: _____ anos e _____ meses.

8 - Por favor deixe um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu hospital.

-

9- Estado civil: ☐ (1) Solteiro ☐ (2) Casado (a)/União de facto ☐ (3) Divorciado (a) ☐ (4) Viúvo(a)

10- Relação Pessoal: ☐ (1) Com parceiro habitual ☐ (2) Sem parceiro habitual ☐ (3) Sem parceiro

11 - Número de filhos: _____.

12 – Habilitações académicas: ☐ (1) Bacharelato ☐ (2) Licenciatura ☐ (3) Outro: _____

13 – É detentor de alguma especialização? ☐ (1) Sim Especifique _____ ☐ (2) Não

14 – Anos de serviço na profissão atual: _____ anos e _____ meses.

15 – Situação laboral: ☐ (1) Contratado ☐ (2) Quadro ☐ (3) Prestação de serviços Outra situação _____

16 – Unidade onde trabalha: ☐ (1) Vila Real ☐ (2) Chaves ☐ (3) Lamego ☐ (4) Régua ☐ (5) Vila P. Aguiar

17 – Serviço onde trabalha: _____

18 - Tipo de horário: ☐ (1) Fixo ☐ (2) Turnos

19 – Faz este tipo de horário há _____ anos e _____ meses.

20 - Especifique a sequência de turnos, que mais frequentemente lhe é atribuída? _____ (Ex. TTMNFF ou MNFTMNF)

21 – Quantas horas trabalha por semana? _____.

22 – Quantos dias faltou no último ano? _____.

(exceto baixa por maternidade/parentalidade)

23 – Com que frequência por semana trabalha mais de 8h seguidas? ☐ (1) Nunca ☐ (2) 1 a 2 vezes por semana ☐ (3) Mais de 3 vezes por semana

24 - Em média quantos utentes atende por dia? _____.

25 - Em média durante o período laboral que percentagem de tempo esta em interação com os doentes?

☐ (1) Mais de 80% ☐ (2) Entre 40 - 80% ☐ (3) Entre 20 - 39% ☐ (4) Menos de 20%

26 - Nos últimos anos frequentou formação sobre segurança do doente: ☐ (1) Sim ☐ (2) Não

Se sim, oferecida pelo hospital? ☐ (1) Sim ☐ (2) Não Com que duração (aproximadamente) _____ horas.

27 - Exerce funções em outra instituição: ☐ (1) Sim ☐ (2) Não

28 - Nº de dias de baixa médica, durante o último ano: _____ dias.

29 - Que no âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contacto direto com doentes?

☐ Sim, usualmente interajo ou contacto diretamente com doentes.

☐ Não, usualmente interajo ou contacto diretamente com doentes.

30 - ESCALA - PERSONALIDADE RESISTENTE

(Adaptada do questionário “Desgaste Profissional em Enfermeiros”, Garrosa et al., 2008)

1 - Discordo Totalmente		2 - Discordo		3 - Concordo		4 - Concordo Totalmente			
						1	2	3	4
1.	O meu trabalho diário satisfaz-me e faz com que me dedique totalmente a ele.								
2.	Considero que o trabalho que desenvolvo tem valor para a sociedade e não me importo de lhe dedicar todo o meu esforço.								
3.	Frequentemente sinto que posso mudar o que pode ocorrer amanhã, através do que faço hoje.								
4.	Mesmo que me esforce não consigo nada.								
5.	Realmente preocupo-me e identifico-me com o meu trabalho.								
6.	Ainda que seja necessário um maior esforço, opto pelo trabalho que me permita uma nova experiência.								
7.	Não me esforço no meu trabalho, já que de qualquer forma, o resultado é o mesmo.								
8.	Na medida do possível, procuro novas experiências no meu quotidiano de trabalho.								
9.	No meu trabalho atraem-me preferencialmente as inovações nos procedimentos.								
10.	A maior parte das vezes, não vale a pena esforçar-me, porque faça aquilo que fizer, as coisas nunca me saem bem.								
11.	Ainda que faça um bom trabalho, jamais alcançarei as metas.								
12.	Dentro do possível procuro situações novas e diferentes no meu ambiente trabalho.								

Muito obrigado pela sua participação!

APÊNDICE B | Autorização dos autores para a utilização da Escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture* e Escala da Personalidade

Autorização do autor para a utilização da Escala *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

Fw: Pedido para aplicação de questionário



José Rodrigues

seg 09-04, 09:35

Você ✉

De: Margarida Eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>

Enviado: 6 de outubro de 2015 18:23

Para: José Rodrigues

Boa tarde

As minhas desculpas pelo atraso na resposta

É com todo o gosto que mais uma vez autorizo a utilização do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais
Agradecia que me enviasse os resultados do seu estudo

Junto o questionário para sua utilização. Não deve alterar as questões das secções A a G, sendo apenas permitido alterar a secção H de caracterização da amostra

Junto ainda o questionário em word para facilitar a sua edição

Desejo-lhe muitas felicidades no seu estudo

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras, PhD

ESTeSL-IPL

margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Tlf: 218 980 400

Autorização do autor para a utilização da Escala da Personalidade

Fw: solicitudión de pernisso aplicar la escala personalidad resistente - Vila Real - Portugal



José Rodrigues

seg 09-04, 13:49

> El 6 oct 2015, a las 5:0

>

> Estimados profesores,

>

> Ojalá todo vaya bien con ustedes.

>

> Hoy vos escribo para solicitar vuestro permiso por la aplicación de la escala de personalidad resistente, la versión que yo misma adapté al portugués, en una investigación en el ámbito de una tesis de máster de Gestión de Salud. El objetivo es relacionar las dimensiones de la Cultura y Seguridad del paciente con las dimensiones de la personalidad resistente.

> Espero vuestra contestación.

>

> Un cordial saludo

De: Eva Garrosa [eva.garrosa@uam.es]

Enviado: terça-feira, 6 de Outubro de 2015 5:11

Assunto: Re: solicitudión de pernisso aplicar la escala personalidad resistente - Vila Real - Portugal

Si claro estupendo!

Saludos!

Eva

APÊNDICE C | Autorização para aplicação do Questionário



Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA

Exm^a(^o) Senhor(a)
José Pedro dos Santos Rodrigues
Serviço de Gastrenterologia
CHTMAD

ASSUNTO: Pedido de realização de estudo

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 14/10/2015, o Conselho de Administração em 12/11/2015, autorizou a realização do estudo "Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar - Perspetiva dos profissionais de saúde", neste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 13 de Novembro de 2015

O Presidente do Conselho de Administração

CHTMAD

APÊNDICE D | Output SPSS Média, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de *Pearson*: Variável *Idade*

TABELA A1. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Idade*.

	Média	Desvio Padrão	N
Idade	42,24	9,465	1056
Trabalho em equipa	3,6293	,78083	1056
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	3,4834	,80067	1056
Apoio à segurança do doente pela gestão	2,9893	,77744	1056
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3,5167	,74326	1056
Perceções gerais sobre a segurança do doente	3,1541	,65526	1056
Feedback e Comunicação acerca do erro	3,2945	,89635	1056
Abertura na comunicação	3,4378	,79289	1056
Frequência da notificação de eventos	2,9675	1,14926	1056
Trabalho entre as unidades	3,2268	,60020	1056
Dotação de profissionais	2,8909	,66718	1056
Transições	3,4131	,67291	1056
Resposta ao erro não punitiva	2,7124	,79022	1056

TABELA A2. Teste de correlação r de *Pearson* entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Idade*.

		Idade
Trabalho em equipa	Correlação de <i>Pearson</i>	,035
	<i>p</i>	,259
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i>	-,005
	<i>p</i>	,882
Apoio à segurança do doente pela gestão	Correlação de <i>Pearson</i>	,036
	<i>p</i>	,247
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Correlação de <i>Pearson</i>	,080
	<i>p</i>	,009
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i>	,022
	<i>p</i>	,469
Feedback e Comunicação acerca do erro	Correlação de <i>Pearson</i>	,062
	<i>p</i>	,044
Abertura na comunicação	Correlação de <i>Pearson</i>	,109
	<i>p</i>	,000
Frequência da notificação de eventos	Correlação de <i>Pearson</i>	,020
	<i>p</i>	,509
Trabalho entre as unidades	Correlação de <i>Pearson</i>	,013
	<i>p</i>	,670
Dotação de profissionais	Correlação de <i>Pearson</i>	,051
	<i>p</i>	,095
Transições	Correlação de <i>Pearson</i>	-,001
	<i>p</i>	,982
Resposta ao erro não punitiva	Correlação de <i>Pearson</i>	-,035
	<i>p</i>	,257

APÊNDICE E | Output SPSS Média, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de *Pearson*: Variável *Anos de Serviço na profissão*

TABELA A3. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável Anos de serviço na profissão.

	Média	Desvio Padrão	N
Meses de serviço na profissão atual	207,00	111,913	1056
Trabalho em equipa	3,6293	,78083	1056
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	3,4834	,80067	1056
Apoio à segurança do doente pela gestão	2,9893	,77744	1056
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	3,5167	,74326	1056
Perceções gerais sobre a segurança do doente	3,1541	,65526	1056
Feedback e Comunicação acerca do erro	3,2945	,89635	1056
Abertura na comunicação	3,4378	,79289	1056
Frequência da notificação de eventos	2,9675	1,14926	1056
Trabalho entre as unidades	3,2268	,60020	1056
Dotação de profissionais	2,8909	,66718	1056
Transições	3,4131	,67291	1056
Resposta ao erro não punitiva	2,7124	,79022	1056

Tabela A4. Teste de correlação *r* de *Pearson* entre as dimensões da cultura de segurança do doente e o Tempo de serviço na profissão.

Tempo de serviço na profissão atual		
Trabalho em equipa	Correlação de <i>Pearson</i>	,026
	<i>p</i>	,396
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i>	-,014
	<i>p</i>	,661
Apoio à segurança do doente pela gestão	Correlação de <i>Pearson</i>	-,003
	<i>p</i>	,914
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Correlação de <i>Pearson</i>	,064
	<i>p</i>	,038
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i>	,007
	<i>p</i>	,813
Feedback e Comunicação acerca do erro	Correlação de <i>Pearson</i>	,040
	<i>p</i>	,190
Abertura na comunicação	Correlação de <i>Pearson</i>	,106
	<i>p</i>	,001
Frequência da notificação de eventos	Correlação de <i>Pearson</i>	-,023
	<i>p</i>	,453
Trabalho entre as unidades	Correlação de <i>Pearson</i>	-,034
	<i>p</i>	,267
Dotação de profissionais	Correlação de <i>Pearson</i>	,069
	<i>p</i>	,024
Transições	Correlação de <i>Pearson</i>	-,015
	<i>p</i>	,628
Resposta ao erro não punitiva	Correlação de <i>Pearson</i>	-,025
	<i>p</i>	,425

APÊNDICE F | Output SPSS Média, desvio-padrão, *Teste t* e *Teste de Levene*: Variável *Tipo de horário*

TABELA A5. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável Tipo de horário.

	Tipo de horário	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Trabalho em equipa	Fixo	437	3,5961	,80043	,03829
	Turnos	619	3,6527	,76648	,03081
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Fixo	437	3,4805	,82372	,03940
	Turnos	619	3,4855	,78466	,03154
Apoio à segurança do doente pela gestão	Fixo	437	2,9733	,78372	,03749
	Turnos	619	3,0005	,77341	,03109
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Fixo	437	3,5072	,75976	,03634
	Turnos	619	3,5234	,73193	,02942
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Fixo	437	3,1636	,66369	,03175
	Turnos	619	3,1474	,64970	,02611
Feedback e Comunicação acerca do erro	Fixo	437	3,2670	,90385	,04324
	Turnos	619	3,3139	,89124	,03582
Abertura na comunicação	Fixo	437	3,4561	,85487	,04089
	Turnos	619	3,4249	,74648	,03000
Frequência da notificação de eventos	Fixo	437	2,9664	1,14044	,05455
	Turnos	619	2,9682	1,15636	,04648
Trabalho entre as unidades	Fixo	437	3,2162	,64398	,03081
	Turnos	619	3,2342	,56768	,02282
Dotação de profissionais	Fixo	437	2,8930	,70069	,03352
	Turnos	619	2,8893	,64304	,02585
Transições	Fixo	437	3,3753	,67040	,03207
	Turnos	619	3,4398	,67394	,02709
Resposta ao erro não punitiva	Fixo	437	2,7735	,81823	,03914
	Turnos	619	2,6694	,76757	,03085

TABELA A6. Teste t para amostras independentes - Diferenças de médias nas dimensões estudadas entre o grupo trabalho por turnos e o grupo horário fixo.

	<i>Teste de Levene para</i> igualdade de variâncias		<i>Teste t para a igualdade de médias</i>		
	Z	p	t	g.l.	p
Resposta ao erro não punitiva	2,003	,157	2,112	1054	,035
			2,089	900,748	,037

APÊNDICE G | Output SPSS Média, desvio-padrão e *Teste t* e *Teste de Levene*:
Variável *Horas de trabalho semanais*

TABELA A7. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável Horas de trabalho semanais.

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Trabalho em equipa	1	895	3,6514	,77538	,02592
	2	161	3,5062	,80183	,06319
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	1	895	3,5240	,78104	,02611
	2	161	3,2578	,87071	,06862
Apoio à segurança do doente pela gestão	1	895	3,0499	,75660	,02529
	2	161	2,6522	,80739	,06363
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	1	895	3,5408	,73125	,02444
	2	161	3,3830	,79601	,06273
Perceções gerais sobre a segurança do doente	1	895	3,1877	,63718	,02130
	2	161	2,9674	,72194	,05690
Feedback e Comunicação acerca do erro	1	895	3,3147	,90193	,03015
	2	161	3,1822	,85874	,06768
Abertura na comunicação	1	895	3,4551	,79110	,02644
	2	161	3,3416	,79839	,06292
Frequência da notificação de eventos	1	895	3,0045	1,15534	,03862
	2	161	2,7619	1,09572	,08635
Trabalho entre as unidades	1	895	3,2598	,58251	,01947
	2	161	3,0435	,66295	,05225
Dotação de profissionais	1	895	2,9263	,65805	,02200
	2	161	2,6941	,68521	,05400
Transições	1	895	3,4494	,65252	,02181
	2	161	3,2112	,74716	,05888
Resposta ao erro não punitiva	1	895	2,7304	,78327	,02618
	2	161	2,6128	,82319	,06488

Grupo 1: até 40 horas/semana

Grupo 2: mais de 40 horas por semana

TABELA A8. Resultados do Teste t para amostras independentes - diferenças de média entre os grupos trabalho até 40 horas (grupo 1) e trabalho mais de 40 horas (grupo 2).

		<i>Teste de Levene para igualdade de variâncias</i>		t	<i>Grau de Liberdade</i>		<i>95% Intervalo de Confiança da Diferença</i>	
		Z	p		(g.l.)	p	Inferior	Superior
Trabalho em equipa	Variâncias iguais assumidas	,744	,389	2,176	1054	,030	,01425	,27612
	Variâncias iguais não assumidas			2,126	217,257	,035	,01057	,27980
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Variâncias iguais assumidas	3,089	,079	3,911	1054	,000	,13266	,39985
	Variâncias iguais não assumidas			3,626	208,887	,000	,12152	,41100
Apoio à segurança do doente pela gestão	Variâncias iguais assumidas	1,856	,173	6,077	1054	,000	,26931	,52616
	Variâncias iguais não assumidas			5,809	213,590	,000	,26276	,53270
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Variâncias iguais assumidas	1,214	,271	2,485	1054	,013	,03321	,28231
	Variâncias iguais não assumidas			2,343	211,394	,020	,02504	,29048
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Variâncias iguais assumidas	4,693	,031	3,955	1054	,000	,11100	,32963
	Variâncias iguais não assumidas			3,626	207,255	,000	,10055	,34009
Feedback e Comunicação acerca do erro	Variâncias iguais assumidas	,408	,523	1,729	1054	,084	-,01791	,28294
	Variâncias iguais não assumidas			1,789	228,192	,075	-,01347	,27850
Abertura na comunicação	Variâncias iguais assumidas	,029	,865	1,674	1054	,094	-,01957	,24658
	Variâncias iguais não assumidas			1,663	220,279	,098	-,02101	,24802
Frequência da notificação de eventos	Variâncias iguais assumidas	1,040	,308	2,471	1054	,014	,04998	,43515
	Variâncias iguais não assumidas			2,564	228,761	,011	,05617	,42896
Trabalho entre as unidades	Variâncias iguais assumidas	4,499	,034	4,243	1054	,000	,11628	,31632
	Variâncias iguais não assumidas			3,879	206,815	,000	,10637	,32623
Dotação de profissionais	Variâncias iguais assumidas	,099	,753	4,095	1054	,000	,12091	,34340
	Variâncias iguais não assumidas			3,981	216,430	,000	,11723	,34709
Transições	Variâncias iguais assumidas	4,321	,038	4,168	1054	,000	,12609	,35043
	Variâncias iguais não assumidas			3,794	206,222	,000	,11446	,36206
Resposta ao erro não punitiva	Variâncias iguais assumidas	,226	,635	1,739	1054	,082	-,01510	,25013
	Variâncias iguais não assumidas			1,680	215,339	,094	-,02038	,25541

APÊNDICE H | Output SPSS Média, desvio-padrão, teste de homogeneidade variâncias e ANOVA: Variável *Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas seguidas*

Tabela A9. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente em função da variável *Frequência de trabalho superior a 8 horas seguidas*.

		N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
Trabalho em equipa	Nunca	255	3,6294	,77098	3,5343	3,7245	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,6655	,77149	3,6028	3,7283	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,5321	,81185	3,4237	3,6405	1,00	5,00
	Total	1056	3,6293	,78083	3,5821	3,6764	1,00	5,00
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Nunca	255	3,4863	,77027	3,3913	3,5813	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,5223	,79971	3,4572	3,5873	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,3761	,83150	3,2652	3,4871	1,00	5,00
	Total	1056	3,4834	,80067	3,4351	3,5318	1,00	5,00
Apoio à segurança do doente pela gestão	Nunca	255	3,1203	,76414	3,0260	3,2145	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	2,9771	,75922	2,9154	3,0389	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	2,8685	,82090	2,7589	2,9781	1,00	4,67
	Total	1056	2,9893	,77744	2,9423	3,0362	1,00	5,00
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Nunca	255	3,5699	,66618	3,4878	3,6521	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,5260	,73998	3,4658	3,5862	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,4297	,82857	3,3191	3,5403	1,00	5,00
	Total	1056	3,5167	,74326	3,4718	3,5616	1,00	5,00
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Nunca	255	3,2127	,59284	3,1396	3,2859	1,25	4,75
	1 a 2 vezes por semana	583	3,1612	,64828	3,1085	3,2140	1,00	4,75
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,0665	,73282	2,9687	3,1643	1,00	5,00
	Total	1056	3,1541	,65526	3,1146	3,1937	1,00	5,00
Feedback e Comunicação acerca do erro	Nunca	255	3,2732	,87287	3,1656	3,3808	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,3099	,90711	3,2361	3,3837	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,2783	,89776	3,1584	3,3981	1,00	5,00
	Total	1056	3,2945	,89635	3,2404	3,3486	1,00	5,00
Abertura na comunicação	Nunca	255	3,4549	,78955	3,3575	3,5523	1,33	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,4374	,79771	3,3725	3,5023	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,4190	,78700	3,3139	3,5240	1,67	5,00
	Total	1056	3,4378	,79289	3,3899	3,4857	1,00	5,00
Frequência da notificação de eventos	Nunca	255	3,0601	1,09714	2,9248	3,1954	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	2,9417	1,15289	2,8479	3,0355	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	2,9281	1,19755	2,7683	3,0880	1,00	5,00
	Total	1056	2,9675	1,14926	2,8981	3,0369	1,00	5,00
Trabalho entre as unidades	Nunca	255	3,2755	,58679	3,2031	3,3479	1,75	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,2393	,57994	3,1921	3,2865	1,25	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,1365	,65948	3,0484	3,2245	1,00	5,00
	Total	1056	3,2268	,60020	3,1906	3,2630	1,00	5,00
Dotação de profissionais	Nunca	255	3,0069	,69461	2,9212	3,0925	1,25	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	2,8829	,64226	2,8307	2,9352	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	2,7764	,68108	2,6855	2,8673	1,00	4,50
	Total	1056	2,8909	,66718	2,8506	2,9311	1,00	5,00
Transições	Nunca	255	3,4873	,69523	3,4015	3,5730	1,50	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	3,4211	,65491	3,3678	3,4744	1,25	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	3,3050	,68338	3,2138	3,3963	1,00	5,00
	Total	1056	3,4131	,67291	3,3725	3,4537	1,00	5,00
Resposta ao erro não punitiva	Nunca	255	2,8131	,78224	2,7166	2,9095	1,00	5,00
	1 a 2 vezes por semana	583	2,6810	,76556	2,6187	2,7432	1,00	5,00
	Mais de 3 vezes por semana	218	2,6789	,85560	2,5647	2,7931	1,00	5,00
	Total	1056	2,7124	,79022	2,6647	2,7602	1,00	5,00

Tabela A10. Relação entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Frequência de trabalho semanal superior a 8 horas* - Teste de Homogeneidade de Variâncias.

	Estatística de <i>Levene</i>	df1	df2	p
Trabalho em equipa	,248	2	1053	,780
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	,302	2	1053	,739
Apoio à segurança do doente pela gestão	1,472	2	1053	,230
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	7,169	2	1053	,001
Perceções gerais sobre a segurança do doente	3,842	2	1053	,022
Feedback e Comunicação acerca do erro	,032	2	1053	,969
Abertura na comunicação	,081	2	1053	,922
Frequência da notificação de eventos	1,624	2	1053	,198
Trabalho entre as unidades	2,089	2	1053	,124
Dotação de profissionais	1,554	2	1053	,212
Transições	1,416	2	1053	,243
Resposta ao erro não punitiva	1,308	2	1053	,271

TABELA A11. ANOVA: Comparação entre os três grupos da variável *Quantas vezes por semana trabalha mais de 8 horas seguidas*, nas dimensões de cultura de segurança do doente.

Variável dependente		(I) Com que frequência por semana trabalha mais de 8h seguidas?	(J) Com que frequência por semana trabalha mais de 8h seguidas?	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança 95%	
							Limite inferior	Limite superior
Trabalho em equipa	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,03611	,05855	1,000	-,1765	,1043
			Mais de 3 vezes por semana	,09730	,07194	,529	-,0752	,2698
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,03611	,05855	1,000	-,1043	,1765
			Mais de 3 vezes por semana	,13341	,06191	,094	-,0150	,2819
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,09730	,07194	,529	-,2698	,0752
Expectativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,03602	,06002	1,000	-,1799	,1079
			Mais de 3 vezes por semana	,11013	,07374	,407	-,0667	,2869
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,03602	,06002	1,000	-,1079	,1799
			Mais de 3 vezes por semana	,14615	,06346	,064	-,0060	,2983
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,11013	,07374	,407	-,2869	,0667
Apoio à segurança do doente pela gestão	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,14615	,06346	,064	-,2983	,0060
			Mais de 3 vezes por semana	,14615	,06533	,076	-,0105	,3028
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,14313*	,05807	,042	,0039	,2824
			Mais de 3 vezes por semana	,25176*	,07135	,001	,0807	,4228
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,14313*	,05807	,042	-,2824	-,0039
Aprendizagem Organizacional - melhoria contínua	Tamhane	Nunca	1 a 2 vezes por semana	,10863	,06141	,232	-,0386	,2559
			Mais de 3 vezes por semana	-,25176*	,07135	,001	-,4228	-,0807
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	-,10863	,06141	,232	-,2559	,0386
			Mais de 3 vezes por semana	,04392	,05177	,780	-,0801	,1679
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,14027	,06993	,130	-,0274	,3079
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Tamhane	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,04392	,05177	,780	-,1679	,0801
			Mais de 3 vezes por semana	,09635	,06394	,348	-,0570	,2498
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	-,14027	,06993	,130	-,3079	,0274
			Mais de 3 vezes por semana	-,09635	,06394	,348	-,2498	,0570
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,05151	,04582	,597	-,0582	,1613
Feedback e Comunicação acerca do erro	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	,14623	,06198	,055	-,0024	,2948
			Mais de 3 vezes por semana	-,05151	,04582	,597	-,1613	,0582
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,09472	,05643	,257	-,0407	,2301
			Mais de 3 vezes por semana	-,14623	,06198	,055	-,2948	,0024
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,09472	,05643	,257	-,2301	,0407
Abertura na comunicação	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,03669	,06735	1,000	-,1982	,1248
			Mais de 3 vezes por semana	-,00508	,08274	1,000	-,2035	,1933
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,03669	,06735	1,000	-,1248	,1982
			Mais de 3 vezes por semana	,03160	,07121	1,000	-,1392	,2024
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,00508	,08274	1,000	-,1933	,2035
Frequência da notificação de Eventos	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,03160	,07121	1,000	-,2024	,1392
			Mais de 3 vezes por semana	-,03594	,07320	1,000	-,2115	,1396
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	-,01751	,05958	1,000	-,1604	,1253
			Mais de 3 vezes por semana	,01843	,06300	1,000	-,1326	,1695
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,03594	,07320	1,000	-,2115	,1396
Trabalho entre as unidades	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,01843	,06300	1,000	-,1695	,1326
			Mais de 3 vezes por semana	,11845	,08628	,510	-,0884	,3253
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,13200	,10600	,640	-,1222	,3862
			Mais de 3 vezes por semana	-,11845	,08628	,510	-,3253	,0884
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,01355	,09123	1,000	-,2052	,2323
Dotação de profissionais	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,13200	,10600	,640	-,3862	,1222
			Mais de 3 vezes por semana	-,01355	,09123	1,000	-,2323	,2052
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	,03621	,04496	1,000	-,0716	,1440
			Mais de 3 vezes por semana	,13902*	,05524	,036	,0066	,2715
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	-,03621	,04496	1,000	-,1440	,0716
Transições	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	,10281	,04754	,092	-,0112	,2168
			Mais de 3 vezes por semana	-,13902*	,05524	,036	-,2715	-,0066
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	-,10281	,04754	,092	-,2168	,0112
			Mais de 3 vezes por semana	,12393*	,04980	,039	,0045	,2433
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,23049*	,06118	,001	,0838	,3772
Resposta ao erro não punitiva	Bonferroni	Nunca	1 a 2 vezes por semana	-,12393*	,04980	,039	-,2433	-,0045
			Mais de 3 vezes por semana	,10656	,05266	,130	-,0197	,2328
		1 a 2 vezes por semana	Nunca	-,23049*	,06118	,001	-,3772	-,0838
			Mais de 3 vezes por semana	-,10656	,05266	,130	-,2328	,0197
		Mais de 3 vezes por semana	Nunca	,06616	,05036	,568	-,0546	,1869

* - A diferença média é significativa no nível 0.05.

APÊNDICE I | Output SPSS Médias, desvio-padrão e matriz de coeficientes de correlação linear de *Pearson*: Variável *Número de utentes que atende diariamente*

TABELA A12. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Número de utentes que atende diariamente*.

Em média quantos utentes atende por dia?	
N	1056
Média	14,97
Mediana	10,00
Moda	10
Desvio Padrão	12,685
Assimetria	1,790
Erro de assimetria padrão	,075
Curtose	3,554
Erro de Curtose padrão	,150
Mínimo	0
Máximo	80

TABELA A 13. Correlação entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Número de utentes que atende diariamente*

	Correlações	Em média quantos utentes atende por dia?
Trabalho em equipa	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,113 ,000
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,085 ,005
Apoio à segurança do doente pela gestão	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,002 ,960
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,050 ,105
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,034 ,264
Feedback e Comunicação acerca do erro	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,091 ,003
Abertura na comunicação	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,061 ,048
Frequência da notificação de eventos	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	,015 ,625
Trabalho entre as unidades	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,032 ,302
Dotação de profissionais	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,066 ,033
Transições	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,076 ,014
Resposta ao erro não punitiva	Correlação de <i>Pearson</i> <i>p</i>	-,058 ,061

APÊNDICE J | Output SPSS Média, desvio-padrão e *Teste t* e *Teste de Levene*:
Variável *Frequência de formação sobre segurança do doente*

TABELA A 14. Estatísticas descritivas entre as dimensões da cultura de segurança do doente e a variável *Frequência de formação sobre segurança do doente*

	Frequência de formação sobre segurança do doente	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Trabalho em equipa	Sim	240	3,7365	,73757	,04761
	Não	816	3,5977	,79078	,02768
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Sim	240	3,6490	,72316	,04668
	Não	816	3,4347	,81612	,02857
Apoio à segurança do doente pela gestão	Sim	240	3,2722	,72028	,04649
	Não	816	2,9060	,77444	,02711
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Sim	240	3,6042	,68407	,04416
	Não	816	3,4910	,75827	,02654
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Sim	240	3,2396	,62872	,04058
	Não	816	3,1290	,66114	,02314
Feedback e Comunicação acerca do erro	Sim	240	3,5236	,80179	,05176
	Não	816	3,2271	,91187	,03192
Abertura na comunicação	Sim	240	3,5639	,73789	,04763
	Não	816	3,4007	,80503	,02818
Frequência da notificação de eventos	Sim	240	3,2625	1,10663	,07143
	Não	816	2,8807	1,14780	,04018
Trabalho entre as unidades	Sim	240	3,3729	,60333	,03895
	Não	816	3,1838	,59283	,02075
Dotação de profissionais	Sim	240	3,0083	,64598	,04170
	Não	816	2,8563	,66976	,02345
Transições	Sim	240	3,5708	,67624	,04365
	Não	816	3,3667	,66526	,02329
Resposta ao erro não punitiva	Sim	240	2,8764	,75742	,04889
	Não	816	2,6642	,79363	,02778

TABELA A 15- Resultados do *Teste t* e *Teste de Levene* para igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para Igualdade de Médias						
		Z	p	t	g.l.	p	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
									Inferior	Superior
Trabalho em equipa	Variâncias iguais assumidas	3,012	,083	2,425	1054	,015	,13873	,05721	,02648	,25097
	Variâncias iguais não assumidas			2,519	414,043	,012	,13873	,05507	,03047	,24698
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	Variâncias iguais assumidas	5,286	,022	3,665	1054	,000	,21422	,05845	,09952	,32891
	Variâncias iguais não assumidas			3,914	433,747	,000	,21422	,05473	,10665	,32178
Apoio à segurança do doente pela gestão	Variâncias iguais assumidas	,636	,425	6,540	1054	,000	,36618	,05599	,25631	,47604
	Variâncias iguais não assumidas			6,804	415,084	,000	,36618	,05382	,26038	,47197
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	Variâncias iguais assumidas	3,744	,053	2,076	1054	,038	,11315	,05449	,00623	,22008
	Variâncias iguais não assumidas			2,196	426,615	,029	,11315	,05152	,01189	,21442
Perceções gerais sobre a segurança do doente	Variâncias iguais assumidas	,560	,454	2,303	1054	,021	,11060	,04802	,01638	,20482
	Variâncias iguais não assumidas			2,367	407,111	,018	,11060	,04672	,01876	,20244
Feedback e Comunicação acerca do erro	Variâncias iguais assumidas	4,684	,031	4,546	1054	,000	,29649	,06521	,16852	,42445
	Variâncias iguais não assumidas			4,876	436,892	,000	,29649	,06081	,17697	,41600
Abertura na comunicação	Variâncias iguais assumidas	3,391	,066	2,811	1054	,005	,16315	,05803	,04928	,27703
	Variâncias iguais não assumidas			2,948	420,514	,003	,16315	,05534	,05437	,27194
Frequência da notificação de eventos	Variâncias iguais assumidas	,828	,363	4,566	1054	,000	,38178	,08361	,21772	,54584
	Variâncias iguais não assumidas			4,658	402,360	,000	,38178	,08196	,22066	,54290
Trabalho entre as unidades	Variâncias iguais assumidas	,573	,449	4,326	1054	,000	,18909	,04371	,10333	,27486
	Variâncias iguais não assumidas			4,285	384,904	,000	,18909	,04413	,10233	,27586
Dotação de profissionais	Variâncias iguais assumidas	1,046	,307	3,116	1054	,002	,15202	,04879	,05628	,24776
	Variâncias iguais não assumidas			3,178	402,227	,002	,15202	,04784	,05798	,24607
Transições	Variâncias iguais assumidas	,389	,533	4,162	1054	,000	,20411	,04903	,10789	,30032
	Variâncias iguais não assumidas			4,125	385,268	,000	,20411	,04948	,10683	,30138
Resposta ao erro não punitiva	Variâncias iguais assumidas	,063	,803	3,678	1054	,000	,21217	,05769	,09898	,32536
	Variâncias iguais não assumidas			3,773	405,863	,000	,21217	,05623	,10163	,32272

