

3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano, 2º Semestre

## **O Enfermeiro como Promotor da Qualidade e Segurança nos Cuidados – gestão do erro**

Joana Margarida Ferreira Santos



3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

2º Ano, 2º Semestre

# **O Enfermeiro como Promotor da Qualidade Segurança nos Cuidados – gestão do erro**

Joana Margarida Ferreira Santos, nº 5140014

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Leiria para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,  
na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Orientador:** Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria | setembro de 2017

## AGRADECIMENTOS

A Ti, por seres a minha força, determinação e motivação; porque tenho de ti o pragmatismo com que observo o mundo.

À minha família, por acreditar em mim, nas minhas escolhas, e por não me deixar desistir.

À Helena e à Joana, porque caminhámos lado a lado desde o primeiro dia. Provámos que somos do tamanho dos nossos sonhos e que não importam os trilhos enquanto a ambição nos guiar os passos.

À Rita, que direta ou indiretamente mostrou que desistir não torna o processo mais fácil; pela amizade, pelo tempo, pela dedicação.

Aos “*Liedson*”, porque estiveram sempre lá e porque continuaremos a ser únicos; a distância não diminui a importância.

Ao Professor José Carlos Quaresma Coelho, pela orientação e disponibilidade na conceção deste projeto.

À Professora Maria dos Anjos Dixe, pela amabilidade com que acompanhou de perto este trabalho.

Aos Enfermeiros que participaram, dinamizaram e contribuíram para que este projecto fosse possível.

A todos, e sem exceção, que de alguma forma estiveram presentes neste percurso.

Muito obrigada!

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

EA – Evento Adverso

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

*n.d* – não definido

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

QeS – Qualidade em Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

**Enquadramento:** A segurança do doente conquistou um lugar de destaque na esfera da saúde, reconhecida como tema fundamental na procura de processos mais seguros, e na redução de danos na prestação de cuidados de saúde.

**Objetivo:** Contribuir para o reforço da cultura de segurança nos enfermeiros prestadores de cuidados de saúde: caracterizar a atitude dos enfermeiros portugueses perante a gestão do erro; identificar os erros/eventos adversos mais comuns que ocorrem nas instituições de prestação de cuidados de saúde; caracterizar a política educacional/formativa dos enfermeiros portugueses, à luz da qualidade e segurança em saúde; caracterizar a política de notificação do erro/eventos adversos; identificar propostas de intervenção na prevenção do erro/eventos adversos.

**Metodologia:** procedeu-se à aplicação de um questionário, durante o mês de julho, composto por vinte e sete questões e difundido via *online*. O presente estudo contou com a participação de 94 enfermeiros a nível nacional, sem prejuízo do contexto de prestação de cuidados ou categoria profissional. Foi realizada a análise estatística das variáveis, bem como o estudo psicométrico das escalas de avaliação aplicadas, que ganham o significado de Escala de Atitudes sobre Notificação do Erro (consistência interna boa com alfa de cronbach = 0,832) e Escala de Perceção sobre Segurança e Gestão do Erro (consistência interna fraca com alfa de cronbach = 0,640). Da análise fatorial das escalas, a primeira apenas saturou um fator, enquanto que a escala de perceção saturou dois fatores: fator 1 ganha o significado de *identificação e reconhecimento do erro como melhoria dos cuidados* e o fator 2 como *comportamento punitivo na gestão do erro*.

**Resultados:** do estudo psicométrico das escalas, constatou-se que a atitude e perceção dos enfermeiros não tem correlação com variáveis como idade, sexo, formação pré/pós-graduada, categoria profissional, responsabilidade de gestão, tempo de experiência profissional ou tempo de experiência na instituição onde exercem funções. Existe correlação negativa entre as atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e a perceção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro na globalidade, e com a

percepção da identificação e reconhecimento do erro com a melhoria de cuidados. Constata-se também que existe uma correlação positiva entre as atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e a percepção de um comportamento punitivo na gestão do erro.

**Conclusão:** é unânime entre autores que *qualidade* e *segurança* são imperativos na prestação de cuidados de saúde. As falhas decorrentes da prática clínica devem ser um imperativo nas agendas das organizações e dos grupos de trabalho; erros e eventos adversos devem ser tratados como desvios a um plano, com o intuito de aprendizagem coletiva e não com visão punitiva. Os enfermeiros devem reconhecer a importância da sua intervenção na garantia de cuidados seguros, identificando focos e desenvolvendo mudanças.

**Palavras-chave:** Qualidade, Segurança, Erro, Gestão, Cuidados de saúde

## **ABSTRACT**

**Overview:** Patient safety has gained a prominent place in the sphere of the health agenda, has been recognized as a key for research about safer processes, and in reducing harm when providing care.

**Objective:** Contribute to the strengthening of the safety culture in nurses who provide care: characterize the attitude of Portuguese nurses in the management of the error; identify the most common errors / adverse events occurring in health care institutions; characterize the modules of learning and training policies of Portuguese nurses, in light with quality and safety in health; characterize the error notification / adverse events policy; identify intervention proposals for prevention of errors / adverse events.

**Methodology:** During the month of July, a questionnaire was applied consisting of twenty-seven questions and disseminated online. The present study had the participation of 94 nurses at national level, without prejudice to the context of care or professional category. During this study, was performed a statistical analysis of the variables and a psychometric study of the assessment scales used, which gain the meaning of Attitude Scale about Error Notification (good internal consistency with cronbach alpha = 0.832) and Security and Management Perception Scale Error (weak internal consistency with cronbach alpha = 0.640). From the factorial analysis of the scales, the first one saturated only one factor and the perception scale saturated two factors: factor 1 named of identification and recognition of the error as an improvement of care and factor 2 as a punitive behaviour in the management of the error.

**Results:** from the psychometric study of the scales, it was possible to observe that the attitude and perception of nurses is not correlate with variables such as age, gender, pre / post-graduate training, professional category, management responsibility, professional experience or experience in the institution where they perform their duties. There are negative correlations between nurses 'attitudes about reporting an error and nurses' perception of safety and overall error management, and with the perception of identify an error and recognition with care improvement. It is also verified that there is a positive

correlation between the nurses' attitudes about error notification and the perception of a punitive behaviour in the management of the error.

**Conclusion:** it is unanimous among the authors that *quality* and *safety* are imperative when providing care. Failures during clinical practice should be an imperative on the agendas of organizations and working groups; errors and adverse events should be treated as deviations from a plan for the purpose of collective learning rather than a vision of punitive actions. Nurses should recognize the importance of their intervention to ensure safe care, identifying outbreaks and developing changes.

**Keywords:** Quality, Safety, Error, Management, Health Care

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	14
2. METODOLOGIA.....	34
2.1 Tipo e desenho de estudo.....	34
2.2 Questões, objetivos e hipóteses de investigação.....	35
2.3 População e amostra .....	36
2.4 Instrumento de colheita de dados.....	38
2.5 Procedimentos formais e éticos .....	40
2.6 Tratamento estatístico .....	41
3. RESULTADOS .....	43
3.1 Caracterização da amostra .....	43
3.2 Estudo psicométrico das escalas de avaliação da opinião dos enfermeiros.....	64
3.2.1 Estudo psicométrico da escala P23.....	64
3.2.2 Estudo psicométrico da escala P25.....	67
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
5. CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	85
ANEXOS.....	89

Anexo I: Nota introdutória ao instrumento de colheita de dados .....	90
Anexo II: Instrumento de colheita de dados .....	92

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização do instrumento de colheita de dados .....	39
Quadro 2 - Caraterização dos motivos que justificaram a notificação ou não notificação da ocorrência de erro/evento adverso na primeira pessoa .....	51
Quadro 3 - Caraterização dos motivos que justificaram a notificação ou não notificação da ocorrência de erro/evento adverso por parte de um colega .....	52
Quadro 4 - Sugestões de melhoria ou prevenção de erro/EA nos serviços .....	63

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por sexo.....	43
Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros por idade (anos).....	43
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros por habilitação acadêmica.....	44
Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros por área geográfica (distrito).....	44
Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional.....	45
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional (anos)	45
Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional na instituição (anos) .....	46
Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros por ocupação de cargos de gestão.....	46
Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros por formação pré-graduada em Qualidade e Segurança em Saúde.....	47
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por formação pós-graduada em Qualidade e Segurança em Saúde.....	47
Tabela 11 – Distribuição dos enfermeiros por formação promovida pela instituição dirigida à Qualidade e Segurança em Saúde .....	47
Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de formações promovidas pela instituição no último ano .....	48
Tabela 13 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de formações em que participaram no último ano.....	48
Tabela 14 – Distribuição dos enfermeiros por formação promovida pelo serviço dirigida à Qualidade e Segurança em Saúde.....	49

Tabela 15 - Caraterização das instituições por programa de acreditação .....	49
Tabela 16 - Caraterização dos serviços por existência de sistema de notificação de erro/evento adverso.....	50
Tabela 17 - Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto ao momento de notificação de erro/evento adverso.....	50
Tabela 18 - Distribuição dos enfermeiros por participação e notificação de erro/evento adverso na primeira pessoa.....	51
Tabela 19 - Distribuição dos enfermeiros por conhecimento e notificação de erro/evento adverso ocorrido com um colega.....	52
Tabela 20 - Incidência de notificações realizadas pelos enfermeiros no último ano .....	53
Tabela 21 - Distribuição dos Erros/EA por frequência de ocorrência e notificação .....	54
Tabela 22 – Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto à política de notificação do erro.....	55
Tabela 23 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade.....	58
Tabela 24 – Distribuição dos enfermeiros por avaliação da cultura de segurança dos serviços onde exercem funções .....	63
Tabela 25 - Correlação de cada item com o total da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e Alfa de Cronbach (1ª análise) .....	65
Tabela 26 - Correlação de cada item com o total da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e Alfa de Cronbach (2ª análise) .....	66
Tabela 27 - Análise fatorial da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro.....	66

Tabela 28 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (1ª análise).....	67
Tabela 29 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (2ª análise).....	68
Tabela 30 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (3ª análise).....	68
Tabela 31 - Análise fatorial e variância da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro.....	69
Tabela 32 - Estrutura fatorial e saturações da escala de percepção sobre segurança e gestão do erro.....	70
Tabela 33 – Estudo da correlação das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro com a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição .....	71
Tabela 34 - Aplicação do teste de Mann-Whitney para estudo das diferenças de Atitudes dos enfermeiros sobre Notificação do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada.....	71
Tabela 35 – Estudo da correlação da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro com a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição.....	73
Tabela 36 - Aplicação do teste de Mann-Whitney para estudo das diferenças da Percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada .....	74

## INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para que dezenas de milhões de doentes sofram lesões incapacitantes, ou mesmo morte, relacionadas com erros na prestação de cuidados de saúde; destes, um em cada dez ocorre em ambiente hospitalar nos países desenvolvidos.

Esta realidade alavancou a temática da *qualidade e segurança dos cuidados de saúde* para a esfera de discussão recorrente, assumindo desde o ano de 2000 um lugar de destaque na agenda dos grupos de trabalho. O erro, decorrente da prestação de cuidados, representa um prejuízo para as organizações de saúde, para os seus profissionais, e principalmente, para os doentes que a elas recorrem, reflectindo-se em perda de confiança e degradação da relação entre profissionais e doentes, aumento dos custos, sociais e económicos, diretamente proporcionais aos danos causados, redução dos *outcomes* e da qualidade dos cuidados prestados (Sousa, 2006).

Assiste-se, desde então, à criação de grupos multidisciplinares, responsáveis pela garantia de procedimentos seguros e adequados às necessidades dos doentes hospitalizados, baseados na evidência, na ética e no compromisso profissional.

Realizar procedimentos seguros, e adequados às necessidades dos doentes que procuram assistência em saúde, são princípios orientadores que qualificam a prática de enfermagem (Rosa, *et al*, 2015).

Os cuidados de saúde decorrem num meio dinâmico e complexo, que predispõe *per-si* à ocorrência do erro. A crescente complexidade na atuação em saúde determina o ambiente de trabalho como um meio causal, e compromete os órgãos gestores e executivos na garantia de condições estruturais e organizacionais (Rosa *et al*, 2015) e pelo cumprimento das normas relacionadas à segurança do doente (Lima, 2014).

O estado da arte evidencia, até ao momento, que ainda são insipientes os estudos que versam acerca da perceção dos enfermeiros sobre a temática da gestão do seu erro e dos pares, justificando a significância e concretização do presente estudo, que tem por finalidade contribuir para o reforço da cultura de segurança nos enfermeiros prestadores

de cuidados de saúde. Identificar e intervir nas possíveis situações passíveis de gerar erros é dever do enfermeiro no seu exercício profissional.

Os objetivos do presente estudo são:

1. Caracterizar a atitude dos enfermeiros portugueses perante a gestão do erro;
2. Identificar os erros/eventos adversos mais comuns que ocorrem nas instituições de prestação de cuidados de saúde;
3. Caracterizar a política educacional/formativa dos enfermeiros portugueses, à luz da qualidade e segurança em saúde;
4. Caracterizar a política de notificação do erro/eventos adversos;
5. Identificar propostas de intervenção na prevenção do erro/eventos adversos.

Deste modo, a questão norteadora desta investigação debruça-se sobre a atitude dos enfermeiros face à ocorrência do erro/evento adverso, na garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados nos seus cenários de atuação. O diagnóstico desta avaliação visa identificar pontos problemáticos e propor soluções de melhoria, e foi realizado por meio da aplicação de um questionário, realizado pela autora do estudo, e tendo por base informação recolhida das referências bibliográficas que o suportam.

O período de aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu durante o mês de julho do corrente ano, difundido via *online*, em redes sociais, contando com a colaboração de 94 enfermeiros.

Para uma melhor compreensão do presente trabalho, o mesmo encontra-se estruturado em fundamentação teórica, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências bibliográficas, capítulos precedidos desta nota introdutória, e sucedidos pelos anexos.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A segurança do doente conquistou um lugar de destaque na esfera da saúde, sendo desde o ano de 2000 reconhecida como tema fundamental na procura de processos mais seguros, e na redução de danos na prestação de cuidados de saúde (Reis *et al*, 2013).

É incontornável que a temática tem dominado, de forma crescente, a agenda das políticas de saúde, e assume-se como tema central na estratégia de organizações internacionais, como é exemplo a *World Alliance for Patient Safety*, grupo criado pela OMS (Sousa, 2006).

A publicação, pela Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos (conhecida como *Institute of Medicine* até 2015) da obra *To Err is Human* (1999), deu a conhecer que por ano morrem cerca de 44000 a 98000 cidadãos americanos vítimas de erro médico, ou erros em medicina, como erros cometidos por equipas que prestam cuidados médicos. Segundo Fragata e Martins (2005) neste país morrem mais pessoas em cada ano em resultado de erro médico, do que em acidentes rodoviários (principal causa de morte nos Estados Unidos da América).

Em Portugal, contudo, não existem dados disponíveis face à incidência de mortes resultantes de erro médico; dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao ano de 2015, indicam que a principal causa básica de morte foram as doenças do aparelho circulatório, com uma expressão de 29,8% do total de 108922 óbitos registados.

Concomitantemente, um estudo levado a cabo por Vicente *et al.* (2001) citado por Sousa (2006), aponta para que 10% dos doentes admitidos nos hospitais ingleses experienciaram um incidente (incluindo morte), dos quais mais de 50% poderiam ter sido evitados. Sousa (2006) cita ainda o estudo *The Danish Adverse Event Study*, publicado na Dinamarca em 2000, no qual, de uma amostra de 1907 processos clínicos,

se verificou uma taxa de ocorrência de 9% de eventos adversos, dos quais 40% eram evitáveis.

A par dos danos e consequências para os doentes, os eventos adversos envolvem significativos custos sociais e económicos que não podem ser esquecidos. Estudos realizados no Reino Unido apontam para um aumento dos custos associados a eventos adversos, nomeadamente na ordem dos 2000 milhões de libras por internamento adicional, e cerca de 400 milhões/ano associados a queixas e indemnizações. Embora não mensuráveis, não devem ser dissociados os custos inerentes à perda de confiança e satisfação entre o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados de saúde (Sousa, 2006).

O intuito de conhecer, em pormenor, a dimensão da problemática dos eventos adversos, levou a conceção de estudos um pouco por todo o mundo. A necessidade de identificar áreas de atuação, hierarquizar intervenções ou determinar indicadores de eficácia e eficiência, obriga a uma estratégia, mais ou menos explícita, enquanto quadro de referência. A definição clara de uma estratégia de segurança dos doentes, integrada numa política de melhoria da qualidade em saúde, pretende contribuir para elevar e afirmar o renome das organizações no mercado da saúde. A melhoria da segurança exige um complexo sistema de sinergias e abrange quase todas as áreas de atuação e atores da prestação de cuidados (Sousa, 2006).

Segundo Lima (2014), a **segurança do doente** prende-se com a redução do risco de danos desnecessários, decorrentes ou associados a ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e em nada relacionados com a patologia ou evolução clínica. Defende Lima (2011), citando Uva *et al.* (2009), que o objetivo major da segurança do doente é a evicção da ocorrência de eventos adversos, resultantes de condições latentes do ambiente de trabalho ou de erros humanos, que levem a incidentes e/ou acidentes, com consequências negativas para a segurança e/ou saúde do doente.

Das conclusões do seu estudo, Lima (2014) refere que a **cultura de segurança** de uma organização compreende os valores partilhados pelos membros que a compõem, assentes na opinião sobre o funcionamento e interação das unidades de trabalho, e

destas com a estrutura e sistemas organizacionais, que juntos produzem normas de conduta para promover a segurança da instituição.

Para Sousa, Uva e Serranheira (2010), a segurança é considerada uma componente-chave da qualidade na prestação de cuidados de saúde, e um componente crítico da gestão em saúde, impondo um leque de ações de melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo controlo de infeções, segurança na utilização de medicamentos, segurança no equipamento, segurança na prática clínica e segurança no ambiente envolvente à prestação de cuidados.

À luz das políticas de qualidade em saúde, e de acordo com Reis *et al.* (2013), o conceito de **qualidade em saúde** (QeS) diz respeito ao grau com que os serviços de saúde prestados diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis (ou eventos adversos), e aumentam os favoráveis.

A ênfase no cliente, e ao mesmo tempo, a abordagem orientada para a humanização da atenção e para a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes, têm legitimado o ponto de vista do utente e a importância da sua satisfação (Serapioni, 2009).

A QeS tem diferentes dimensões como efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito mútuo, e diferentes perspetivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor, ou seja, o uso efetivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Alto Comissariado da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

Estas dimensões pressupõem, segundo Eiras (2011), que cita a OMS, 2006, que a prestação de cuidados de saúde seja:

a) efetiva – cuidados baseados na evidência de melhores ganhos em saúde para os indivíduos e comunidades, a par com as suas necessidades;

b) eficiente – maximização de recursos e minimização de desperdício;

c) acessível – distribuição de cuidados de forma oportuna, atempada, e geograficamente racionável, num ambiente justo em que os recursos correspondam às necessidades;

d) segura – minimização de riscos e danos aos utilizadores dos serviços de saúde;

e) equitativa – qualidade de cuidados sem prejuízo de género, raça, etnia, localização geográfica ou estatuto socioeconómico;

f) centrada no cidadão - garantia de resposta às preferências e aspirações individuais dos utilizadores e comunidade onde este se insere.

Serapioni (2009) identifica a QeS como um conceito complexo, polivalente e multifatorial; a complexidade do conceito assenta na variedade de intervenientes na prestação de cuidados (doentes, cidadãos, equipa multidisciplinar, gestores e administradores dos serviços, indústrias farmacêuticas, associações de consumidores e de defesa dos direitos dos doentes, gestores e planeadores de políticas de saúde), bem como a máxima de que os cuidados de saúde não produzem bens, mas ao invés levam a resultados imateriais, decorrentes de uma interação direta entre profissional e doente, e pautados por vezes pela rapidez das decisões e ações.

Para Aranaz (2008), a responsabilidade para a QeS é um conceito percecionado de diferentes formas, de acordo com a ótica dos intervenientes que para ela contribuem; todos os agentes que participam na prestação de cuidados de saúde, fazem-no de acordo com as suas necessidades, expectativas e interesses, quer sejam doentes, profissionais/prestadores ou gestores. Assim, a melhoria da qualidade está dependente do nível de envolvimento e compromisso assumido por esta tríade. Se por um lado os profissionais e gestores concorrem para a introdução de novos métodos estratégicos para a qualidade, baseados no conhecimento das necessidades e expectativas dos doentes, estes últimos influenciam as políticas institucionais.

O estudo da QeS promove a melhoria contínua da prestação de cuidados, dos procedimentos técnicos e organizacionais, o progresso e evolução do conhecimento e das tecnologias. Assim, contribui para uma cultura de segurança, uma vez que quanto

melhores os procedimentos e técnicas, menores os riscos, melhor a segurança e os resultados (Lima, 2011). O objetivo major é, segundo Eiras (2011), maximizar a efetividade, a eficiência e a satisfação de todos os atores, garantindo a segurança dos cuidados. Trata-se, por isto, de um processo mensurável e que deve ser sujeito a avaliação, e que implica, segundo Serapioni (2009), a presença de culturas, competências e métodos, que personalizem o cidadão como o concreto das estratégias delineadas. Para Fragata (2009), a avaliação dos cuidados de saúde pressupõe indicadores de medida, que monitorizam o risco, tais como indicadores de resultado (morbimortalidade e qualidade de vida), indicadores de processo (métodos, tempo e índice de funcionamento), indicadores de acessibilidade e de satisfação.

A relação entre QeS e segurança na prestação de cuidados de saúde é um *continuum*, mostrando a complementaridade que existe entre os dois conceitos.

O compromisso para com a segurança dos cuidados, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a estabelecer, em 2004, a Aliança Mundial para o Programa da Segurança do Doente (*World Alliance for Patient Safety Program*), com o propósito de definir e identificar prioridades para a pesquisa nesta área, transversais a todos os níveis de desenvolvimento dos países. De entre as prioridades estabelecidas, emergem a cultura de segurança, a responsabilização pelo erro e, competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde. Esta iniciativa deu lugar à criação de institutos, associações e organizações voltadas para o foco em estudo (Reis *et al.*, 2013).

Em Portugal, datado do ano de 1911, a reorganização dos serviços de saúde e higiene determinaram a autonomização da saúde portuguesa face à beneficência pública e ao secularismo, dando lugar à Direção-Geral de Saúde (DGS) com o objetivo da resolução e do expediente dos serviços de saúde pública (DGS, *s.d.*). Já na segunda metade do século XX, passa a gozar de maior dignidade e reconhecimento, concentrando em si um papel de orientador, fiscalizador e disciplinador em matéria de saúde e higiene social.

Em estreita relação diretiva e orgânica com a direção geral, o departamento da Qualidade na Saúde tem como missão promover e difundir, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma melhoria contínua da qualidade.

Atualmente em vigor, e pela mão da Direção Geral da Saúde (DGS), a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (integrado na política nacional para a qualidade em saúde), homologada no Despacho n.º 5613/2015, prioriza o reforço acentuado da melhoria da segurança dos cuidados de saúde, na redução dos incidentes associados à prestação de cuidados, na redução de custos e desperdícios, ganhos de eficiência e obtenção de melhores resultados, bem como aumentar a responsabilização dos prestadores de serviços em saúde e aumentar o envolvimento dos profissionais e administradores.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 tem como destinatários o cidadão, como protagonista que justifica os serviços que integram o sistema de saúde, como cliente, como utilizador e como proprietário do Serviço Nacional de Saúde; os profissionais de saúde, sem prejuízo do seu nível de responsabilidade, desde a gestão, à coordenação e à operacionalização dos cuidados. A estratégia de qualidade é um instrumento inclusivo de todos os participantes na cadeia de prestação de cuidados e uma ferramenta que pretende responsabilizar e distinguir as melhores práticas.

O mesmo documento determina que a mobilidade europeia de doentes e de prestadores de cuidados de saúde posiciona o sistema de saúde numa lógica de livre concorrência com os sistemas de saúde dos outros estados -membro europeus. Os cidadãos nacionais e estrangeiros, exigem, cada vez mais, clareza e esclarecimento sobre os benefícios e riscos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que lhes são propostos e sobre os serviços de saúde cuja qualidade se encontra reconhecida.

Através do Despacho n.º 3635/2013, foram criadas as comissões da qualidade e segurança em todos os hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, com o fim de se propagar em rede, contínua e permanente, a todos os profissionais de saúde, as melhores práticas clínicas e a interiorização da cultura de segurança, em respeito pelas prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015).

A prioridade dada pela presente Estratégia à segurança dos doentes inscreve-se na luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. A evidência tem demonstrado que as unidades de

saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, conseqüentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes.

Das ações estratégicas delineadas na presente Estratégia, emerge o reforço da segurança dos doentes. A operacionalização desta ação determina implementação dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015), documento de apoio aos grupos organizacionais na gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde. As conseqüências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia.

O referido Plano arroga que cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, impondo, por conseguinte, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde; a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e acompanhada.

A segurança dos doentes na prestação de cuidados é uma responsabilidade coletiva, que mobiliza as competências individuais dos profissionais, obrigando a uma gestão sistematizada e responsabilizada das atividades desenvolvidas. A gestão dos riscos associados requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas.

A estratégia de atuação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 objetiva:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;

4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para um melhor descortino dos objetivos propostos, o referido Plano aborda cada um de forma individual. Assim, no que concerne ao aumento da **cultura de segurança do ambiente interno**, a OMS e o Conselho da União Europeia recomendam a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como alicerce para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para a garantia de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes. Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles influenciar.

Dados do presente Despacho apontam para que, em 2014, a adesão nacional dos profissionais, em resposta à avaliação da cultura de segurança dos doentes, foi de apenas 18,3%; para 2020, o objetivo passa por reunir uma adesão igual ou superior a 90%.

É assumido que a comunicação se assume como fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde (mudanças de turno, transferência ou altas dos doentes). Deste modo, as instituições devem normalizar procedimentos, com vista a aumentar a **segurança da comunicação**, evitando lacunas na transmissão de informação, que podem causar quebras na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes danosos para o doente.

Falar de comunicação na saúde é igualmente falar na dinamização de orientações e normas de boa prática profissional, bem como, é recomendado que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser corresponsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença, sob prejuízo de não poder contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Pode ler-se no documento abordado, que a legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde. Têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação que se encontram à sua disposição. A informação disponibilizada deve ser simples, objetiva e facilmente entendível pela população, contribuindo para o reforço da sua confiança nos serviços de saúde.

O documento salvaguarda o conceito de qualidade da comunicação; assim, os limites impostos assentam na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação; só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou cidadão; só é adequada a informação que não viole dados ao abrigo da lei ou dados clínicos que violem a vida privada; só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

Por seu turno, a OMS estima que, pelo menos metade dos incidentes ocorra durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias major, realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos. A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade envolvida (anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos), obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.

Nasce em 2007 o projeto “*Cirurgia Segura Salva Vidas*”, que visa sistematicamente, melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da

equipa cirúrgica; com a lista de verificação de segurança cirúrgica, os profissionais, numa sequência de atividades (antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de cirurgia), procuram garantir cuidados seguros no período peri operatório e, desta forma, minimizar o risco de ocorrência de imprevistos.

Do diagnóstico realizado em 2015, a DGS aponta para uma taxa de não conformidade, no cumprimento da lista de verificação e segurança cirúrgica, na ordem dos 20%; objetiva-se para 2020 a meta dos 95 pontos percentuais, com redução ao ano, face ao anterior, de 1% na taxa de incidentes cirúrgicos evitáveis.

A meta 4 do PNSD diz respeito à **segurança na utilização da medicação**; o medicamento, apesar do fim benéfico a que se destina, pode apresentar efeitos adversos ou reações intermedicamentosas, com probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes. A OMS avança que 8% a 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

Pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar. As instituições de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica. De igual modo, devem desenvolver estratégias que atestem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles com um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no decorrer da sua utilização.

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos e os incidentes que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação. Estes projetos visam estimular a adesão de profissionais e população em geral à notificação de ocorrências divergentes das previstas. De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total são incidentes de medicação. A DGS pretende, para 2020, reduzir 50% ao

ano, face ao ano transato, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições.

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes. A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, tais como troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

A **identificação inequívoca dos doentes** é parte integrante do PNSD, e emana que a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de pelo menos dois dados fidedignos, como o nome, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição, e deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer do ponto de vista diagnóstico, tratamento ou à prestação de serviços de apoio. A verificação do procedimento deve ser realizada, sempre que possível, por duas pessoas ou então utilizar-se um sistema informático que assegure a correta identificação através da leitura de códigos de barras no dispositivo eletrónico de identificação do doente.

A **prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão** são indicadores da qualidade dos cuidados prestados.

As quedas, segundo o PNSD, ocorrem pela perda de equilíbrio ou pela incapacidade de o recuperar; são transversais a todas as faixas etárias, assumindo a população idosa o grupo com maior incidência. O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar. As quedas são reconhecidas como um problema de saúde pública, com consequências pessoais (estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão), familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde; em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros.

De acordo com o PNSD, a literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência, e envolvem fraturas da anca, traumatismos cranianos e lesões dos membros superiores. Estima-se que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano. Citando a OMS, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experencia mais do que uma queda.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais (idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, perigos existentes no ambiente envolvente) a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas. A avaliação deve ter lugar no momento da admissão nos serviços prestadores de cuidados, e sempre que se justifique, por alteração dos fatores de risco ou por episódio de queda. Como objetivo para 2020, a DGS advoga a redução de 50% ao ano, face ao anterior, do número de quedas nas instituições de saúde.

As **úlceras por pressão** não são um problema restrito à população idosa, mas ao invés, pode ocorrer em todos os doentes com fatores de risco associados, dos quais imobilidade, estado nutricional, integridade da pele, idade e o nível de oxigenação do sangue. Uma lesão por pressão pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos. A identificação de fatores de risco deve realizar-se com recurso a um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso da escala de Braden e da escala de Norton.

A evidência internacional indica que cerca de 95% das lesões por pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco; o PNSD cita o estudo *International Pressure Ulcer Prevalence Survey*, de 2011, o qual conclui que um em cada dez doentes

em hospital de agudos desenvolve uma lesão por pressão, em unidades de cuidados continuados, o risco aumenta para cerca de um em cada quatro doentes. De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera. Não mensuráveis são os custos humanos relativos à dor, à debilidade, à baixa qualidade de vida e, inclusivamente, à própria ameaça de vida.

A **notificação de incidentes de segurança** é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro. Esta notificação deve ser distinta dos processos de reclamação ou disciplinares. Deve ser reforçado o propósito da notificação dos incidentes, com o intuito major de aprendizagem organizacional em detrimento da identificação da autoria desses incidentes.

Com igual valor estratégico, foi definido para o horizonte temporal de 2015-2020, o reforço da **prevenção e controlo das infeções e das resistências a antimicrobianos**. O uso crescente de antimicrobianos tem levado ao desenvolvimento diretamente proporcional de resistências aos mesmos, comprometendo a sua utilização com eficiência. O uso inadequado e prolongado dos antimicrobianos promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes. Assim, o antibiótico, essencial para a realização em segurança de muitas intervenções e processos de saúde, e determinante do aumento da esperança de vida, verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia.

Neste âmbito, têm sido divulgadas, pela DGS, normativas sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção.

As linhas orientadoras deste documento justificam a escolha do tema desta investigação, à luz do processo causal dos incidentes que acometem a qualidade dos cuidados de saúde: a eventual deficiente cultura de segurança e política institucional de identificação de riscos específicos.

A OMS recomenda que os órgãos gestores das unidades de saúde motivem os profissionais a expressar a sua visão sobre a cultura de segurança; o resultado desta avaliação servirá de mote à introdução de mudanças atitudinais que promovam os melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados.

O PNSD, citando a OMS, refere que a cultura de segurança de uma entidade prestadora de cuidados é, mais que uma competência de gestão, um produto de valores, atitudes, perceções e comportamentos, individuais e coletivos, que determinam o compromisso dessa instituição para com os doentes.

Por envolver questões culturais, a segurança dos doentes não é uma problemática de uma única categoria profissional (Wegner *et al.*, 2015). Neste contexto, afiança Lima (2014), que a segurança do doente é uma responsabilidade igualmente partilhada por todos os profissionais e setores do hospital, e é do interesse comum da sociedade em geral, profissionais de saúde, administradores, investigadores, órgãos legislativos, reguladores e de acreditação.

De acordo com a OMS, na **gestão do risco clínico**, o importante é identificar o risco, avaliar a sua frequência e grau de severidade, reduzir ou eliminar o mesmo, e por fim avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos, pois, a incidência de resultados negativos constitui um instrumento de perda financeira e de custos para os serviços de saúde.

A segurança dos doentes está em estreita relação com a temática do erro. O **erro**, do latim *errare*, - desvio ou deriva, afastamento daquilo que o autor pretendia - é, segundo Fragata (2009), o desvio de um resultado em relação a um plano previamente estabelecido ou o recurso a um plano errado para atingir um dado objetivo; o mesmo pode ter uma natureza multicausal, de acordo com o mecanismo que lhe deu origem. Deste modo, para o autor, podemos falar de **erro honesto** – profissionais e organizações falham um plano, mas cumpriram as regras, e **erro de negligência** – são quebradas regras de conduta, por afastamento ou desvio do que seria esperado, resultado da imprudência.

Porém, perante a complexidade e incerteza de uma disciplina como a medicina, a definição de erro é um tema inacabado; em salvaguarda, pode considerar-se erro toda a ação ou julgamento que, de modo involuntário, distancie a conduta do padrão *standard* (Fragata, 2010a).

O problema do erro humano pode ser analisado do ponto de vista individual ou do sistema; do ponto de vista individual deverão ser analisadas questões como processos mentais, falta de atenção, falta de cuidado e baixo nível de motivação. A abordagem no sistema deve levar em linha de conta uma sequência de **falhas latentes** – estruturais, sistema, equipamentos, planeamento e recursos – e **falhas ativas** – violações de conduta por parte dos que estão em contacto direto com o doente. As primeiras não serão visíveis até que se alinhem com as falhas acometidas por ordem individual (Fragata e Martins, 2005).

Para os autores supracitados, os erros podem ser agrupados em categorias de causalidade, como sejam:

- i. **Diagnóstico** – erro ou atraso no diagnóstico, omissão na aplicação de testes indicados, uso de testes desatualizados, falha na atuação adequada face aos resultados obtidos;
- ii. **Tratamento** – erro na realização de um procedimento ou teste, erro na administração de um tratamento, erro na dosagem de medicação ou na sua aplicação, prestação de cuidados não apropriados;
- iii. **Preventivos** – falha na implementação, monitorização ou acompanhamento de um tratamento profilático adequado;
- iv. **Outros** – falhas na comunicação, no equipamento, no sistema.

Do erro em saúde, podem resultar danos, processuais ou físicos, para os doentes. Estes danos, denominados de **eventos adversos** (EA), podem ser maiores ou menores, transitórios ou definitivos. Em alguns casos, quando o erro é recuperável e o dano evitável, dá origem a um *near miss* (*quase erro*) (Fragata, 2010a). Estes *near miss*

devem ser tratados e reportados com a mesma atenção do erro efetivo, para se perceber onde se deve atuar para prever a sua ocorrência futura.

O desafio, ao consultar o estado da arte, prende-se com descortinar o conceito de “evitável” e limitar quais os erros que seriam incluídos nesta amostra. Poder-se-ia pensar que evitáveis seriam os eventos adversos previsíveis ou preveníveis; estudos levados a cabo por organizações internacionais categorizam os EA como preveníveis ao considerarem que o seu acontecimento se deveu a erro médico (Fragata e Martins, 2005).

Na revisão levada a cabo por Reis *et al.* (2013), os autores referem que de entre a literatura consultada, alusiva ao continente europeu, um em cada dez doentes são vítimas de EA, dos quais 50 a 60% são classificados como evitáveis. Quanto à natureza, os de maior incidência estão relacionados com atos cirúrgicos, medicamentos, diagnóstico, terapêutica, procedimentos clínicos e quedas. Fragata (2010a), citando dados da OMS de 2008, identifica as taxas de incidência de acordo com os EA: fármacos 7,5 a 10,4%, dispositivos clínicos 6,3%, anestesia 48%, infeções 5 a 10%, quedas 4,8 a 8,4%, úlceras por pressão 10 a 14%. O mesmo autor (2010b) faz referência a que, dos EA ocorridos em contexto de bloco operatório, os relacionados com cirurgia (erro na lateralidade anatómica operada, corpos estranhos retidos durante uma cirurgia, erros de transição), anestesiologia (prática anestésica direta, fármacos e transfusões e equipamentos, dos quais 65% ocorrem na indução anestésica e cerca de 45% na fase de manutenção) e complicações cirúrgicas (infecção do local operado, tromboembolismo venoso), ocupam cerca de 48% dos casos registados, dos quais 30 a 50% seriam evitáveis.

Parte deste enfoque resulta da constatação de que os EA constituem um encargo financeiro considerável para os sistemas de saúde, com implicações sociais e económicas para o doente e família, sem prejuízo dos possíveis danos irreversíveis (Reis *et al.*, 2013); o aumento da despesa da saúde compromete ainda outros investimentos do sistema (Mansoa, 2010). A ocorrência do erro pode acometer a integridade dos doentes, de forma temporária ou permanente. Tratar complicações incrementa exponencialmente os gastos, com impacto negativo na economia da saúde.

Por outro lado, existem ainda implicações éticas e relacionais, com prejuízo para a confiança no sistema de saúde (Fragata, 2010a).

As falhas poderão ter a sua origem em atos inseguros ou omissões cometidas pelos profissionais de saúde, com consequências imediatas para o doente, bem como em características existentes no sistema, na sua estrutura ou processo, as quais permanecem ocultas até à ocorrência do evento (Wegner *et al.*, 2016). No estudo de Lima (2014), a autora refere que os enfermeiros, mesmo planeando as suas ações por meio de rotinas e protocolos, deparam-se muitas vezes com o inesperado, os eventos adversos.

James Reason, professor de psicologia da Universidade de Manchester, e pai da teoria do “queijo suíço”, compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de um queijo suíço, na medida em que a origem do erro é multifatorial, e que quando alinhados dão lugar à ocorrência de um EA. Fragata (2010a) cita James Reason, referindo que não existe uma causa única para a ocorrência do erro; 60% das falhas são derivadas de causas humanas, e apenas 30% se devem ao sistema, embora as primeiras sejam potenciadas por falhas processuais e de organização.

Também Fragata e Martins (2005) enunciam que quando o resultado fica aquém do esperado, resultam lesões, quer pela prestação direta de cuidados ou pela falta deles. Na origem podem estar em causa fatores derivados do fenómeno biológico, eventos adversos ou erro direto por parte de quem cuida, seja por culpa direta ou por falhas na estrutura ou sistema.

A situação de erro, na prestação de cuidados de Enfermagem, pode ocorrer derivado de negligência, imprudência ou omissão, e não está diretamente relacionado com a qualificação do profissional. Contudo, a segurança do doente é uma responsabilidade legal da enfermagem, e estes conceitos não podem ser dissociados (Rosa *et al.*, 2015).

A identificação e notificação do erro/EA é crucial na prevenção do erro em qualquer organização, mas a atitude assumida perante o evento ocorrido é igualmente decisiva; a culpabilização e censura podem originar uma melhoria transitória, mas não removem as suas causas individuais e as devidas ao sistema (Fragata e Martins, 2005).

A inevitabilidade e o sentimento de culpa, por parte dos profissionais, são parte integrante do erro; todavia, a questão deverá focar-se na aprendizagem passível de se obter em torno deste. A maior resistência à aprendizagem reside nos recursos humanos, e na sua dificuldade em alterar hábitos. A estratégia passa por criar uma cultura de não punição, por atuar e pensar como organização (Fragata, 2010a). Para James Reason (1990), uma cultura de segurança deverá ser baseada na justiça (não punição), reporte de eventos, aprendizagem em torno dos erros, visão coletiva, transparência, doente como centro da mudança, cooperação, interdependência.

A cultura de segurança dos doentes deve ser assumida e estimulada nas organizações como um fundamento essencial para a prestação de cuidados de qualidade. Neste sentido, é necessário mudar a conceção das falhas e erros, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender e melhorar. Refere Lima (2014) que é imprescindível que as organizações de saúde incentivem uma cultura de notificação e aprendizagem com os erros, e que encarem a segurança do doente como responsabilidade de todos e não apenas de alguns.

É frequente a tendência de se querer atribuir culpa pelo erro; a premissa de que os seres humanos cometem falhas, remete o erro para o campo das consequências e não das causas. O primeiro passo é admitir que o erro é possível e está presente na prestação de cuidados (Wegner *et al*, 2016). Para Fragata e Martins (2005) importa abordar a “inevitabilidade” do erro, enquanto componente indissociável da própria natureza humana; para os autores, na existência do ser humano existe desordem, ruído e erro. Este erro permite à espécie humana a aprendizagem, a autocorreção, a reorganização e o progresso.

Meurier *et al* (1997), num estudo alusivo às consequências e estratégias de adaptação dos enfermeiros aos erros cometidos, identificaram que 64% dos enfermeiros afirmam que os erros tiveram alguma consequência para os doentes; 73% afirmam que se sentiram zangados com os próprios, 42% sentiram-se zangados com terceiros, 66% sentiram-se culpados e 37% sentiram medo de represálias. Apenas em 18% dos casos os órgãos gestores tomaram conhecimento dos erros.

Levando em conta os estatutos da OE e do Código Deontológico profissional, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos técnico-científicos, integrando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. De modo acrescido, o enfermeiro especialista assume, em compromisso profissional, um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e melhoria contínua da qualidade, bem como na gestão de um ambiente terapêutico e seguro.

Há uma lacuna no que concerne à percepção dos enfermeiros face à segurança do doente (Rosa *et al*, 2015), na medida em que a revisão da literatura evidencia o contraste entre o volume de conhecimento produzido em torno do processo do erro médico e o pouco que tem sido escrito sobre o erro em enfermagem (Mansoa, 2010). Na equipa de saúde, os enfermeiros assumem um papel preponderante, na medida em que estabelecem um contacto mais direto com o doente (Umpiérrez *et al*, 2015). Por conseguinte, o enfermeiro deve ser considerado elemento chave no processo de identificação de riscos e eventos adversos (Françolin *et al*, 2015).

A segurança dos doentes exige por si só ser problematizada e discutida, sendo fundamental instrumentalizar, os futuros profissionais e os que exercem funções, para a prevenção de EA e desenvolver uma cultura de segurança (Wegner *et al.*, 2015). No seguimento da política da qualidade dos cuidados e da responsabilização do produto individual e de grupo, a OMS recomenda ainda o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que promovam a aprendizagem sobre segurança dos doentes.

Para Wegner *et al.* (2015), a formação dos profissionais de saúde está ainda aquém do esperado na forma de lidar com o erro, principalmente porque o erro está associado a culpa, vergonha, gera sentimentos de incapacidade e é visto como falha de conhecimento científico. O aprimoramento das competências e do conhecimento por parte dos enfermeiros é um fator chave para a melhoria da qualidade da assistência em saúde e, em consequência, da segurança (Françolin *et al*, 2014). É inquestionável a necessidade de qualificação profissional e investimento por parte dos grupos académicos e organizacionais neste sentido. As instituições de saúde devem

compreender que a segurança do doente é a segurança dos profissionais, incentivando a educação permanente e sensibilizando-os para esta temática (Rosa *et al*, 2015); a educação permanente em saúde deve ser transversal a todos os grupos, incentivar a partilha de conhecimentos e experiências, na progressão para uma cultura de segurança (Wegner *et al*, 2015).

Dado o elevado contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde, mas o número muito reduzido de estudos em torno deste tema, justifica indagar a perceção e o significado que atribuem à qualidade e segurança nos cuidados de saúde (Umpiérrez *et al*, 2015), reforçando a importância desse estudo na construção de um conhecimento que deverá ser incorporado nos já existentes (Rosa *et al*, 2015).

No estudo levado a cabo por Umpiérrez *et al* (2015), os profissionais de enfermagem indagados identificaram, como focos potenciadores de erro, as baixas dotações seguras, a elevada carga de trabalho, lacunas no trabalho em equipa e comunicação com os pares, e a necessidade de apostar na formação académica e profissional contínua. Também Rosa (2015), num estudo exploratório, indagou a perceção dos enfermeiros face aos motivos que podem propiciar o erro, concluindo que estes profissionais apontam a desorganização e superlotação dos serviços, bem como o barulho, o *stress* profissional e a elevada carga de trabalho.

Do seu estudo, Rosa (2015) conclui ainda que, a temática sobre a qualidade e segurança na prestação de cuidados aos doentes deve ser inserida em todos os currículos de formação dos enfermeiros; é necessária uma reorganização no contexto de formação dos futuros profissionais, além do que, as instituições de saúde, devem assumir a segurança como uma estratégia para a melhoria dos cuidados.

Em suma, determinar as atitudes e perceções dos enfermeiros é a base para o processo de melhoria da segurança do doente. Urge identificar prioridades, implementar mudanças e avaliar resultados; é imperativo o reconhecimento da segurança do doente como uma responsabilidade compartilhada entre todos os que nela atuam e que para ela contribuem. Nós, profissionais, somos concomitantemente prestadores, gestores e utilizadores dos cuidados de saúde.

## **2. METODOLOGIA**

O presente capítulo visa reunir os procedimentos metodológicos realizados ao longo do processo de investigação. Para Ribeiro (2007), a ciência constrói-se através da investigação, para a qual se mobilizam técnicas e procedimentos variados, qualitativos e/ou quantitativos, isolados ou combinados, e que devem ser selecionados para responder do modo mais adequado à questão norteadora. O mesmo autor refere ainda que o projeto de investigação deve incluir, além da questão principal, os objetivos, as variáveis, técnicas de recolha de dados, população alvo e amostra e procedimentos éticos; segue-se a implementação do projeto, análise e discussão dos dados.

### **2.1 Tipo e desenho de estudo**

A escolha do tipo de estudo é determinante para responder aos objetivos a que o investigador se propõe, uma vez que descreve a estrutura orientadora a utilizar durante o processo, e deve ser tomada por base no problema e objetivos delineados (Fortin, 1999).

No que diz respeito ao plano de investigação, trata-se de um estudo observacional e descritivo, de abordagem quantitativa, transversal; estudo quantitativo uma vez que tem por base um processo sistemático e objetivo de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 1999). No que diz respeito aos estudos descritivos, estes caracterizam o fenómeno e identificam os fatores determinantes ou os conceitos que podem estar associados ao fenómeno em estudo.

No campo da dimensão temporal, o estudo é transversal, uma vez que fornece informação relativa a uma dada situação, num determinado período de tempo (Polit *et al*, 2004).

## **2.2 Questões e objetivos de investigação**

A carência de estudos que retratem a atitude e representações dos enfermeiros, a nível nacional, face ao erro/EA na prestação de cuidados, e a experiência pessoal da autora, motivaram esta investigação e levaram às seguintes questões de investigação:

**Q1** – Da formação base dos enfermeiros, fez parte aulas subordinadas à qualidade e segurança em saúde?

**Q2** – Qual a participação dos enfermeiros nas formações sobre qualidade e segurança em saúde?

**Q3** – Existe um sistema de notificação do erro/EA nos cenários de atuação dos enfermeiros?

**Q4** – Quando consideram os enfermeiros que devem notificar o erro/EA?

**Q5** – Qual a prevalência de enfermeiros que já estiveram envolvidos em erros/EA?

**Q6** – Quais os erros/EA mais frequentes?

**Q7** – Para os enfermeiros, quais os factores causais do erro/EA?

**Q8** – Quais os motivos que os enfermeiros consideram contribuir para a não notificação do erro/EA?

**Q9** – Qual a atitude dos enfermeiros perante a gestão do erro/EA na qualidade e segurança?

Com base nas questões norteadoras do presente estudo, definiram-se como objetivos:

1. Caracterizar a atitude dos enfermeiros portugueses perante a gestão do erro;
2. Identificar os erros/eventos adversos mais comuns que ocorrem nas instituições de prestação de cuidados de saúde;

3. Caracterizar a política educacional/formativa dos enfermeiros portugueses, à luz da qualidade e segurança em saúde;
4. Caracterizar a política de notificação do erro/eventos adversos;
5. Identificar propostas de intervenção na prevenção do erro/eventos adversos.

### 2.3 População e amostra

A população-alvo corresponde a um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, isto é, pelos elementos que reúnem os critérios de seleção e que o investigador pretende generalizar (Fortin, 2009).

A população do presente estudo é constituída apenas por enfermeiros, enquanto elementos fundamentais nas unidades de saúde, e promotores no processo de identificação do erro e de EA. Este grupo assume-se ainda como estando em maior número face às demais classes, demarcando-se assim o peso da sua intervenção.

Como critérios de **inclusão** definiu-se:

- i. Ser enfermeiro ativo na prestação de cuidados de saúde;
- ii. Exercer funções em Portugal (continental e regiões autónomas);
- iii. Sem prejuízo da posição ocupada, do ambiente em que atua, antiguidade na profissão ou instituição, ou grau de diferenciação académico;

Optou-se por não diferenciar os enfermeiros no que concerne à categoria em que estão posicionados, por compreender que a segurança do doente é um tema relevante e de responsabilidade partilhada pelos diversos campos em que esta realidade se insere; a gestão, embora exercida em exclusivo por órgãos de chefia e coordenação, é reconhecida no campo das competências comuns da enfermagem, e por isso, transversal a todos os seus membros.

Como critérios de **exclusão** impõe-se enfermeiros que não estejam, à data de aplicação do estudo, na prestação ativa de cuidados (membros efetivos não ativos) e/ou que não exerçam funções em Portugal.

Dados da OE, relativos a 31 de dezembro de 2016, apontam para 69.682 membros efetivos (inscritos) e ativos (em exercício de funções) em território nacional, dos quais 31.971 em regime de prestação de cuidados, 1872 em regime de assessoria/consultadoria e gestão, e 607 em regime de ensino, investigação e formação; desconhece-se a área de intervenção de 34.716 membros.

As categorias da carreira de enfermagem que constam do estudo foram as emanadas pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, e dizem respeito à categoria de Enfermeiro e à de Enfermeiro Principal.

Fortin (1999) enuncia que uma amostra é um subconjunto de indivíduos, que deve ser representativo da população visada, na medida em que as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

De acordo com Fortin (2009), a amostragem reflete o processo pelo qual parte da população é escolhida de forma representativa. Neste estudo, a amostra considera-se não probabilística, uma vez que foi constituída pelo número de enfermeiros que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar livremente na investigação, durante o período de vigência do instrumento de colheita de dados, num **total de 94 participantes**.

Os participantes do presente estudo responderam, de forma livre e esclarecida, ao questionário (formulário *Google*) divulgado e partilhado em redes sociais (*Facebook* e *LinkedIn*).

De acordo com Ribeiro (2007), na investigação psicológica estão, por norma, em estudo mais de uma variável; deverá então ser garantida uma amostra em número suficiente para que os resultados estatísticos sejam seguros. Citando Tinsley e Tinsley (1987), o mesmo autor refere que, na análise multivariada, uma regra é considerar o mínimo de 5 sujeitos (10 é o ideal) por variável em estudo. Da análise do presente estudo conclui-se que responde a esta regra teoricamente fundamentada.

## 2.4 Instrumento de colheita de dados

Segundo Fortin (1999), durante a fase metodológica de um estudo de investigação, as medidas e as observações escolhidas para recolha de dados devem ser descritas pormenorizadamente. Dado que os conceitos e comportamentos em estudo não podem ser quantificáveis diretamente, devem ser operacionalizados por meio de instrumentos de medida, que dão ao investigador as respostas às questões de investigação ou às hipóteses.

Ribeiro (2007) enuncia uma máxima da psicologia, a de que “*se um construto existe ele existe nalguma quantidade, logo é mensurável*”; a investigação científica depende de quão bem os conceitos podem ser medidos e da possibilidade de os resultados serem distribuídos por categorias ou valores.

Face ao exposto, recorreu-se ao inquérito por questionário, com um carácter confidencial e anónimo, uma vez que algumas das questões poderiam suscitar desconforto aos participantes na sua prática diária ou de alguma forma lesar os seus direitos fundamentais.

Esta metodologia de recolha de dados destaca-se na medida em que, segundo Fortin (1999), é menos dispendioso, não carece da presença do investigador, abrange um largo número de participantes num mesmo período temporal, obtêm-se respostas mais rápidas e precisas, o investigador não manipula o inquirido e, o questionário é uniformizado.

Na procura de contornar os vieses da aplicabilidade de um questionário, de entre os quais a falta de clareza, a tendenciosidade e o correto preenchimento, procedeu-se à fase de pré-teste. Pretendeu-se igualmente identificar as hipotéticas falhas do mesmo, bem como o tempo médio de preenchimento.

O pré-teste foi realizado com um grupo de 8 enfermeiros, sem necessidade de alterações ao instrumento original.

A aplicação do instrumento de colheita de dados realizou-se durante o mês de julho do presente ano, difundido via *online* por meio de formulário *Google*, partilhado em redes sociais (*Facebook e LinkedIn*). A escolha deste procedimento de aplicabilidade deveu-se

à facilidade de chegar ao maior número de enfermeiros, com o fator “tempo” a condicionar a sua concretização.

Com o crescente acesso à internet a nível mundial, as pesquisas por meio virtual têm-se revelado uma tendência actual e preferencial para a colheita de dados em processos de investigação; para Castells (2004) citado por Vieira *et al* (2010), a comunicação é a base da atividade humana, e a internet está a modificar o modo como nos comunicamos, dado que se revela como a primeira via que permite a comunicação de muitos para muitos a uma escala global.

Este recurso auxiliar possibilita a melhoria e agilidade na pesquisa, além de permitir ao investigador o contato rápido e preciso com os participantes. Malhotra (2006) citado por Vieira *et al.* (2010) revela que as pesquisas realizadas, com auxílio da internet, apresentam vantagens para o investigador, das quais menores custos, rapidez e a capacidade de atingir populações específicas, bem como para os participantes, para os quais é possível responder da maneira que for mais conveniente (tempo e local). O estudo realizado por Faleiros *et al* (2016) aponta para uma taxa de sucesso na aplicação de questionários via *online* na ordem dos 67%, a contrastar com 12 a 25% obtidos por outros investigadores na aplicação de questionários via convencional.

O questionário aplicado é composto por vinte e sete questões, distribuídas em cinco grupos (anexo II).

No quadro 1 encontra-se a descrição dos grupos e questões, bem como a operacionalização das variáveis e justificação na escolha das mesmas.

**Quadro 1 - Caracterização do instrumento de colheita de dados**

Grupo	Variáveis	Operacionalização	Objetivo
<b>I - Dados Sociodemográficos</b>  <b>8 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idade;</li> <li>▪ Sexo;</li> <li>▪ Habilitação literária;</li> <li>▪ Tempo de experiência profissional global;</li> <li>▪ Tempo de experiência profissional na instituição;</li> <li>▪ Instituição em que exerce funções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla</li> <li>▪ Resposta curta (posteriormente serão estabelecidas categorias/intervalos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caracterizar a população participante.</li> </ul>

**Quadro 2 - Caracterização do instrumento de colheita de dados (cont.)**

Grupo	Variáveis	Operacionalização	Objetivo
<b>II - Formação contínua</b>  <b>2 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temática “Segurança e Qualidade em Saúde” como parte integrante do currículo da formação pré-graduada;</li> <li>▪ Realização de formação pós-graduada subordinada à temática Qualidade e Segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caracterizar a formação pré-graduada no âmbito nacional;</li> <li>▪ Identificar a atitude dos enfermeiros na procura de formação dirigida.</li> </ul>
<b>III - Formação em serviço</b>  <b>4 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formação promovida pela instituição;</li> <li>▪ Formação promovida pelo serviço;</li> <li>▪ Participação dos enfermeiros nas ações de formação promovidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla</li> <li>▪ Resposta curta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar a atitude dos enfermeiros face à participação em ações de formação dirigidas à temática Qualidade e Segurança;</li> <li>▪ Caracterizar a cultura de formação das instituições e serviços face à temática.</li> </ul>
<b>IV - Acreditação Institucional</b>  <b>1 questão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Órgão de acreditação da instituição</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar o conhecimento dos enfermeiros face ao processo de acreditação da instituição;</li> <li>▪ Caracterizar as instituições face aos órgãos de acreditação.</li> </ul>
<b>V - Notificação do erro/eventos adversos</b>  <b>16 questões</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de um sistema de notificação de erro/EA no serviço;</li> <li>▪ Opinião face ao momento em que deve ser notificado o erro/EA;</li> <li>▪ Envolvimento e notificação do erro/EA enquanto agentes principais ou secundários no teatro de operações;</li> <li>▪ Incidência de notificação;</li> <li>▪ Incidência de erro/EA ocorridos;</li> <li>▪ Incidência de notificação por erro/EA ocorridos;</li> <li>▪ Opinião face à causalidade da não notificação do erro/EA;</li> <li>▪ Identificação de erro/EA ocorridos e possíveis causas, na ótica dos profissionais;</li> <li>▪ Opinião face a afirmações que revelam tomadas de atitude face ao erro/EA;</li> <li>▪ Avaliação da cultura de segurança dos serviços na ótica dos profissionais;</li> <li>▪ Sugestões de melhoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escolha múltipla</li> <li>▪ Resposta curta</li> <li>▪ Resposta longa</li> <li>▪ Escala tipo <i>Lickert</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Caracterizar as instituições na implementação de sistemas de notificação;</li> <li>▪ Identificar os erros/EA mais frequentes, face à ocorrência e notificação;</li> <li>▪ Determinar a atitude dos enfermeiros face ao erro/EA (reconhecimento, responsabilização, partilha, crescimento, aprendizagem, medos, receios);</li> <li>▪ Identificar a opinião dos enfermeiros face ao reconhecimento da cultura de segurança dos serviços onde exercem funções;</li> <li>▪ Identificar e sugerir focos de melhoria.</li> </ul>

## 2.5 – Procedimentos formais e éticos

Fortin (2009) atesta que qualquer investigação, envolvendo seres humanos, levanta questões éticas e legais. Segundo Ribeiro (2007), um dos passos essenciais no processo de investigação consiste em obter o consentimento informado dos participantes; esta

aprovação pode ser obtida por meio da folha de rosto que acompanha o questionário, contendo um conjunto de informações que visem esclarecer o participante sobre o que se pretende da sua colaboração.

Os dados obtidos neste projeto destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, salvaguardando o anonimato e confidencialidade dos participantes, indo ao encontro dos determinantes do código de ética: direito à autodeterminação, ao anonimato e confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e direito ao tratamento justo e equitativo.

No questionário elaborado, os participantes encontram uma nota introdutória explicativa dos objetivos do estudo, no salvo-conduto de uma participação livre, informada e confidencial (anexo I).

## **2.6 Tratamento estatístico**

Após a recolha dos dados (durante o mês de julho), urge o tratamento da informação por meio de procedimentos estatísticos onde se resume, organiza, interpreta e conclui, tal como enuncia Fortin (2009).

O programa de análise estatística de dados utilizado foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23, licenciado para utilização pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Os dados obtidos por via dos formulários *Google* foram importados em folha de cálculo e posteriormente introduzidos no SPSS, e estão representados no capítulo seguinte. Efetuou-se a análise das frequências absolutas e relativas das variáveis nominais e das variáveis quantitativas, bem como o cálculo de medidas de dispersão e tendência central para o estudo das variáveis quantitativas.

Para a determinação da qualidade das variáveis em estudo nas escalas de opinião, recorreu-se à análise dos componentes principais com rotação de varimax (consistência interna) e o coeficiente alfa de *Cronbach* (fiabilidade). Para o estudo da correlação entre variáveis quantitativas utilizou-se o coeficiente de *Pearson r*.

Para a análise da correlação entre as variáveis quantitativas (idade, tempo de experiência profissional e o tempo de exercício de funções na instituição) e as escalas, procedeu-se inicialmente à análise da distribuição da amostra, visando determinar o recurso a testes paramétricos ou não paramétricos. Dado que do estudo fazem parte 94 inquiridos, estamos perante uma amostra superior a 50, pelo que o teste de normalidade recomendado é o de Kolmogorov-Smirnov.

As variáveis em estudo obtiveram valores de significância de 0,000, pelo que se determina que a distribuição não é normal, o que por sua vez determina o recurso a testes não paramétricos.

A fim de se rejeitar a hipótese nula, tomou-se em consideração os critérios de Fisher:

-  $p < 0,05$  a correlação é significativa

-  $p < 0.01$  a correlação é muito significativa

### 3. RESULTADOS

Este capítulo reúne a análise dos resultados obtidos através dos questionários preenchidos pelos enfermeiros participantes.

#### 3.1 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é composta por 94 enfermeiros, dos quais 76,6% são do sexo feminino e 23,4% do sexo masculino (tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Feminino	72	76,6
Masculino	22	23,4
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Os enfermeiros participantes têm idades compreendidas entre 23 e 52 anos, com um desvio padrão de 7,31 anos; a mediana situa-se nos 32 anos (tabela 2).

**Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros por idade (anos)**

	<b>N</b>	<b>Xmin.</b>	<b>Xmáx.</b>	<b>Média</b>	<b>Md.</b>	<b>DP.</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>
<b>Idade</b>	94	23,00	52,00	33,76	32,00	7,31	29,00	32,00	38,00

Da análise da tabela 3 verifica-se que dos 94 enfermeiros, apenas 1 detém formação ao nível do bacharelato, 18,1% têm mestrado, 25,5% têm formação ao nível de pós-

graduação e 20,2% pós-licenciatura de especialização. A licenciatura é a formação mais frequente com 35,1% de expressão.

A formação base (pré-graduada) constitui 36,2% da amostra, a par com 63,8% relativos a formação pós-graduada.

**Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros por habilitação académica**

<b>Habilitação académica</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bacharelato	1	1,1
Licenciatura	33	35,1
Mestrado	17	18,1
Pós-Graduação	24	25,5
Pós-Licenciatura de Especialização	19	20,2
Doutoramento	0	0,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

A amostra de enfermeiros do ponto de vista geográfico está representada na tabela 4; verifica-se um maior número de participações no distrito de Lisboa. Dois dos participantes não mencionaram o distrito (na tabela surgem com a denominação de *n.d.*), fazendo apenas referência à instituição onde exercem funções (Unidade de Cuidados Continuados Integrados e Centro de Saúde); não sendo um fator decisivo para os resultados finais, ambas as participações foram consideradas para a amostra.

**Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros por área geográfica (distrito)**

<b>Distrito</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Lisboa	54	57,4
Porto	4	4,3
Beja	1	1,1
Região Autónoma da Madeira	8	8,5
Algarve	2	2,1
Viseu	2	2,1

**Tabela 5 – Distribuição dos enfermeiros por área geográfica (distrito) (cont.)**

<b>Distrito</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Castelo Branco	3	3,2
Setúbal	7	7,4
Coimbra	4	4,3
Guarda	2	2,1
Vila Real	1	1,1
Leiria	1	1,1
Viana do Castelo	3	3,2
n.d.	2	2,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Referente à categoria profissional, 68,1% dos participantes ocupa a categoria de enfermeiro e 31,9% a categoria de enfermeiro principal (tabela 5).

**Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional**

<b>Categoria profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	64	68,1
Enfermeiro principal	30	31,9
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Da amostra obtida verifica-se que os enfermeiros têm entre meio ano e 32 anos de experiência profissional (tabela 6), com um tempo médio de 11,41 anos e um desvio padrão de 7,46 anos. Verifica-se ainda que metade da amostra trabalha há 9,5 anos ou menos.

**Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional (anos)**

	<b>N</b>	<b>Xmín.</b>	<b>Xmáx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP.</b>	<b>Md.</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>
<b>Experiência profissional</b>	94	0,50	32,00	11,41	7,46	9,50	6,00	9,50	15,25

No que concerne ao tempo de experiência profissional na atual instituição (tabela 7), verifica-se que os enfermeiros têm uma média de 9,20 anos de experiência, com um desvio padrão de 7,03 anos e um máximo de 32 anos. Metade da amostra trabalha na instituição há 8 ou menos anos.

**Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional na instituição (anos)**

	N	Xmín.	Xmáx.	Média	DP.	Md.	p25	p50	p75
<b>Experiência profissional na instituição</b>	94	0,00	32,00	9,20	7,03	8,00	4,00	8,00	12,25

Sem prejuízo da atividade realizada, importava caracterizar a amostra no que concerne à ocupação de cargos de gestão; com base na tabela 8 verifica-se que 87,2% dos participantes não desempenham funções de gestão, a par com os restantes 12,8%. Destes, 5 desempenham funções de “*coordenador*”, 3 de “*conselho técnico/executivo*” e 4 de “*gestor*”.

**Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros por ocupação de cargos de gestão**

<b>Função de gestão</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Coordenador	5	5,3
Conselho técnico/executivo	3	3,2
Gestor	4	4,3
Não	82	87,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 9 verifica-se que 57,4% da amostra refere não ter tido aulas dirigidas ao tema na formação pré-graduada (Bacharelato/Licenciatura).

**Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por formação pré-graduada em Qualidade e Segurança em Saúde**

<b>Formação pré-graduada em Qualidade e Segurança</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	54	57,4
Não	40	42,6
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Por seu turno, na tabela 10 verifica-se que 100% da amostra refere ter tido aulas dirigidas ao tema *Qualidade e Segurança em Saúde* na formação pós-graduada (Pós-Graduação, Mestrado, Pós-Licenciatura de Especialização).

**Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros por formação pós-graduada em Qualidade e Segurança em Saúde**

<b>Formação pós-graduada em Qualidade e Segurança</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	60	100,0
Não	0	0,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Verifica-se na tabela 11 que 91,5% dos inquiridos refere que a instituição onde exerce funções promove formação dirigida à *Qualidade e Segurança em Saúde*.

**Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros por formação promovida pela instituição dirigida à Qualidade e Segurança em Saúde**

<b>Formação promovida pela instituição</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	86	91,5
Não	7	7,4
Não sei	1	1,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Quando inquiridos, 56,4% dos profissionais referem que a instituição promoveu até 5 ações de formação no último ano; 21,3% refere que não foi promovida nenhuma sessão de formação e 13,8% da amostra desconhece o número de ações promovidas pela instituição onde exerce funções (tabela 12).

**Tabela 13 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de formações promovidas pela instituição no último ano**

<b>Formações promovidas pela instituição no último ano</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nenhuma	20	21,3
1 a 5	53	56,4
6 a 10	7	7,4
>10	1	1,1
Não sei	13	13,8
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Das ações de formação promovidas pela instituição, 36,2% da amostra refere não ter participado em nenhuma e apenas um inquirido refere ter participado em todas; 54,2% dos enfermeiros referem ter participado entre uma e cinco sessões de formação (tabela 13).

**Tabela 14 – Distribuição dos enfermeiros pelo número de formações em que participaram no último ano**

<b>Formações em que participou no último ano</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Nenhuma	34	36,2
1 a 5	51	54,3
6 a 10	3	3,1
>10	0	0,0
Todas	1	1,1
Não sei	5	5,3
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Do total de participantes, 62,8% refere que o serviço onde exerce funções promove formação dirigida à *Qualidade e Segurança em Saúde* (tabela 14).

**Tabela 15 – Distribuição dos enfermeiros por formação promovida pelo serviço dirigida à Qualidade e Segurança em Saúde**

<b>Formação promovida pelo serviço</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	59	62,8
Não	35	37,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

No campo dos programas de acreditação institucional, 35,1% dos inquiridos refere que a instituição onde exerce funções é acreditada pela *Joint Commission International*, a par com 40,4% que desconhece o programa de acreditação em vigor (tabela 15).

**Tabela 16 - Caracterização das instituições por programa de acreditação**

<b>Acreditação institucional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
King's Fund Health Quality Service (HQS)	12	12,8
Joint Commission International (JCI)	33	35,1
International Organization for Standardization (ISO)	11	11,7
Não sei	38	40,4
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Quanto à existência de sistemas de notificação de erro/evento adverso nos serviços, 86,2% dos inquiridos respondeu positivamente; 10,6% da amostra nega existir um sistema de notificação no serviço onde exerce funções. (tabela 16).

**Tabela 17 - Caracterização dos serviços por existência de sistema de notificação de erro/evento adverso**

<b>Sistema de notificação de erro/evento adverso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	81	86,2
Não	10	10,6
Não sei	3	3,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Com os resultados obtidos na tabela 17, verifica-se que 86,2% da amostra considera que o erro/evento adverso deve ser notificado quando é detetado, mesmo que seja corrigido antes de afetar o doente. Nenhum dos inquiridos considera que o erro/evento adverso deve ser notificado apenas em caso de dano moderado ou grave/morte.

**Tabela 18 - Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto ao momento de notificação de erro/evento adverso**

<b>Notificação do erro/evento adverso</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Quando é detetado, mesmo que seja corrigido antes de afetar o doente	81	86,2
Quando tem perigo potencial para o doente	9	9,6
Quando poderia causar dano ao doente, mas isso não aconteceu	4	4,3
Quando provoca dano moderado	0	0,0
Quando provoca dano grave/morte	0	0,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Quanto à análise do comportamento dos enfermeiros em caso de ocorrência de erro/evento adverso na primeira pessoa, e a notificação do mesmo, verifica-se que 63,8% dos enfermeiros afirma já ter estado envolvido; destes, 95,0% afirma ter notificado o mesmo (tabela 18).

**Tabela 19 - Distribuição dos enfermeiros por participação e notificação de erro/evento adverso na primeira pessoa**

<b>Ocorrência de erro/evento adverso na primeira pessoa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	60	63,8
Não	34	36,2
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

  

<b>Notificação do erro/evento no qual esteve envolvido</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	57	95,0
Não	3	5,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Dos motivos que levaram os profissionais inquiridos a notificar ou não a ocorrência de erro/evento adverso, foram criadas categorias após a leitura das respostas obtidas; estas categorias não foram criadas *à priori* para não condicionar o posicionamento dos inquiridos no momento de responder (Quadro 2).

**Quadro 3 - Caracterização dos motivos que justificaram a notificação ou não notificação da ocorrência de erro/evento adverso na primeira pessoa**

<b>Motivos de notificação</b>	<b>Motivos de não notificação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhoria em procedimentos futuros/medidas corretivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de sistema de notificação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão no doente (queda, úlcera por pressão, complicações pós-cirúrgicas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informado verbalmente o responsável de turno</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo/cultura de segurança</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalia em dispositivos clínicos</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falha na distribuição, preparação e administração de fármacos</li> </ul>	

Na continuação da avaliação do comportamento dos enfermeiros, os participantes foram inquiridos face ao conhecimento da ocorrência de erro/evento por parte de um colega, e em caso afirmativo, se procedeu à sua notificação. Da tabela 19 verifica-se que 83% dos

enfermeiros afirma já ter tido conhecimento da ocorrência por parte de um colega, dos quais 56,4% afirma não ter notificado.

**Tabela 20 - Distribuição dos enfermeiros por conhecimento e notificação de erro/evento adverso ocorrido com um colega**

<b>Ocorrência de erro/evento adverso por parte de um colega</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	78	83,0
Não	16	17,0
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

  

<b>Notificação do erro/evento adverso do qual tomou conhecimento, cometido por parte de um colega</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sim	34	43,6
Não	44	56,4
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

À semelhança do quadro 2, foram categorizados os motivos que levaram os enfermeiros a notificar ou não a ocorrência de erro/evento adverso por parte de um colega (Quadro 3).

**Quadro 4 - Caracterização dos motivos que justificaram a notificação ou não notificação da ocorrência de erro/evento adverso por parte de um colega**

<b>Motivos de notificação</b>	<b>Motivos de não notificação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhoria em procedimentos futuros/medidas corretivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de sistema de notificação</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo/cultura de segurança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informado verbalmente o responsável de turno</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Falha na distribuição, preparação e administração de fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erro/evento sem dano para o doente</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mudança de atitude do grupo face à notificação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notificação realizada pelo próprio colega</li> </ul>

**Quadro 5 - Caracterização dos motivos que justificaram a notificação ou não notificação da ocorrência de erro/evento adverso por parte de um colega (cont.)**

Motivos de notificação	Motivos de não notificação
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receio de conflitos no grupo/punição por parte de superiores</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não responsabilização pela notificação de erro/evento adverso ocorrido por parte de outrem</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento hierárquico para a não notificação</li> </ul>

A tabela 20 reúne a prevalência das notificações realizadas no último pelos enfermeiros participantes; da amostra, 46,8% dos profissionais refere não ter realizado nenhuma notificação. Na distribuição dos enfermeiros, 4,3% da amostra não identificou o número de notificações realizadas, recorrendo a expressões como “*algumas*” ou “*várias vezes*”, razão pela qual não foram passíveis de ser categorizadas (*n.d.*).

**Tabela 21 - Incidência de notificações realizadas pelos enfermeiros no último ano**

N.º de notificações realizadas no último ano	Nº	%
Nenhuma	44	46,8
Até 5	43	45,7
Mais de 5	3	3,2
<i>n.d.</i>	4	4,3
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

A tabela 21 reúne os erros/eventos adversos ocorridos nos serviços onde os enfermeiros prestam cuidados, bem como os que foram notificados. Os erros/EA com maior expressão foram as quedas com 77,6%, das quais 74,0% foram notificadas, seguidas de avaria/defeito de material ou dispositivo médico, com 74,5% e das úlceras por pressão, com 60,6%; destas, apenas 10,5% foram notificadas.

Dado que esta questão tinha como hipótese aberta a resposta “Outro”, surgiram como erro/EA “Acidentes em serviço”, “Falta de enfermeiro no transporte de doente”, “Agressão a doentes”, “Erros laboratório”.

Verifica-se que os erro/EA relativos a identificação incorreta de cadáver, lesão de órgão em cirurgia, erro do local a operar, não identificação de alergia alimentar, acidente de trabalho e falta de enfermeiro no transporte de doente, não foram notificados.

**Tabela 22 - Distribuição dos Erros/EA por frequência de ocorrência e notificação**

<b>Erro/Evento adverso</b>	<b>N (ocorrido)</b>	<b>% (ocorrido)</b>	<b>N (notificado)</b>	<b>% (notificado)</b>
Quedas	73	77,6	54	74,0
Úlceras de Pressão	57	60,6	6	10,5
Avaria/defeito de material/dispositivo médico	70	74,5	48	68,6
Não identificação de alergia medicamentosa	26	27,7	5	19,2
Falta do processo para consulta	9	9,6	4	44,4
Identificação incorreta do doente	17	18,1	5	29,4
Não preparação do doente para exame agendado	21	22,3	2	9,5
Omissão/transmissão incorreta de informação clínica	30	32,0	6	20,0
Prescrição incorreta de terapêutica	41	43,6	15	36,6
Identificação incorreta de cadáver	4	4,3	0	0,0
Administração incorreta de fármacos	31	33,0	11	35,5
Não utilização de medidas de isolamento	35	3,7	8	22,9
IACS	34	36,2	9	26,5
Lesão de órgão em cirurgia	12	12,8	0	0,0
Corpo estranho retido pós-cirurgia	5	5,3	1	20,0
Erro do local a operar	2	2,1	0	0,0
Não identificação de alergia alimentar	9	9,6	0	0,0

**Tabela 23 - Distribuição dos Erros/EA por frequência de ocorrência e notificação (cont.)**

Erro/Evento adverso	N	%	N	%
	(ocorrido)	(ocorrido)	(notificado)	(notificado)
Morte inesperada	7	7,4	1	14,3
Erro de administração de hemoderivado/hemocomponente	3	3,2	2	66,7
Falta de medicação urgente	12	12,8	1	8,33
Outros:				
- Acidentes em serviço	1	1,1	0	0,0
- Falta de enfermeiro no transporte de doente	1	1,1	0	0,0
- Agressão a doentes	1	1,1	1	100,0
- Erros laboratório	1	1,1	1	100,0

Na questão 23 do instrumento de colheita de dados, os enfermeiros são chamados a expressar a sua opinião face a afirmações relativas à política de notificação do erro. Os resultados estão expressos na tabela 22, e revelam que os enfermeiros têm receio do julgamento dos pares (42,6%) ou judicial (34,0%), de processos disciplinares (37,2%) e de que a sua credibilidade como profissionais seja afetada (40,4%). Por outro lado, reconhecem a importância da notificação do erro como meio de aprendizagem (48,6%) e de melhoria futura dos cuidados prestados (35,1%), embora 40,4% seja da opinião que os enfermeiros ainda desconhecem quais os erros/EA a ser notificados.

**Tabela 24 – Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto à política de notificação do erro**

Afirmação	Discordo totalmente	Discordo	Não		Concordo totalmente	Total
			discordo nem concordo	Concordo		
1. Há receio de um processo disciplinar.	Nº = 16 17,0%	Nº = 18 19,1%	Nº = 16 17,0%	Nº = 35 37,2%	Nº = 9 9,6%	Nº = 94 100,0%

Tabela 25 – Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto à política de notificação do erro  
(cont.)

Afirmação	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
<b>2. Quando há muito trabalho, os enfermeiros esquecem-se de os registar.</b>	Nº = 2 2,1%	Nº = 9 9,6%	Nº = 6 6,4%	Nº = 52 55,3%	Nº = 25 26,6%	Nº = 94 100,0%
<b>3. Há receio de um processo judicial.</b>	Nº = 13 13,8%	Nº = 27 28,7%	Nº = 16 17,0%	Nº = 32 34,0%	Nº = 6 6,4%	Nº = 94 100,0%
<b>4. Os enfermeiros não se sentem apoiados pelos pares.</b>	Nº = 7 7,4%	Nº = 13 13,8%	Nº = 12 12,8%	Nº = 40 42,6%	Nº = 22 23,4%	Nº = 94 100,0%
<b>5. Os enfermeiros não querem que o caso seja discutido em reunião.</b>	Nº = 16 17,0%	Nº = 24 25,5%	Nº = 23 24,5%	Nº = 23 24,5%	Nº = 8 8,5%	Nº = 94 100,0%
<b>6. Os enfermeiros não sabem quais os eventos/erros a ser notificados.</b>	Nº = 15 16,0%	Nº = 22 23,4%	Nº = 12 12,8%	Nº = 38 40,4%	Nº = 7 7,4%	Nº = 94 100,0%
<b>7. A evolução ou desfecho do caso favorável tornam desnecessário o registo.</b>	Nº = 18 19,1%	Nº = 35 37,2%	Nº = 16 17,0%	Nº = 21 22,3%	Nº = 4 4,3%	Nº = 94 100,0%
<b>8. Desde que se aprenda com o evento/erro não é necessário notificá-lo.</b>	Nº = 46 48,6%	Nº = 32 34,0%	Nº = 8 8,5%	Nº = 5 5,3%	Nº = 3 3,2%	Nº = 94 100,0%

**Tabela 26 – Distribuição dos enfermeiros por opinião quanto à política de notificação do erro  
(cont.)**

<b>Afirmação</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Total</b>
<b>9. A notificação contribui pouco para a qualidade dos cuidados.</b>	Nº = 31 33,0%	Nº = 33 35,1%	Nº = 4 4,3%	Nº = 14 14,9%	Nº = 12 12,8%	Nº = 94 100,0%
<b>10. Os enfermeiros receiam afetar a credibilidade.</b>	Nº = 13 13,8%	Nº = 17 18,1%	Nº = 21 22,3%	Nº = 38 40,4%	Nº = 5 5,3%	Nº = 94 100,0%
<b>11. Os enfermeiros receiam afetar a credibilidade da instituição.</b>	Nº = 16 17,0%	Nº = 29 30,9%	Nº = 31 33,0%	Nº = 14 14,9%	Nº = 4 4,3%	Nº = 94 100,0%

Na questão 25 do questionário é solicitada a opinião dos inquiridos face a afirmações relativas à cultura de segurança e qualidade; os resultados encontram-se reunidos na tabela 23; dos resultados constata-se que 57,4% dos enfermeiros concorda totalmente com a inclusão da temática “Qualidade e Segurança dos cuidados” no currículo formativo da formação pré-graduada.

Quanto à associação entre erro e qualificação profissional, 20,2% da população participante é da opinião de que não existe relação direta, e 42,6% refere não haver de igual modo relação direta com o tempo de experiência profissional; por outro lado, 56,4% dos inquiridos concorda que os erros são mais frequentes com o aumento da carga de trabalho. Ainda referente à carga de trabalho, constata-se uma distribuição igual dos inquiridos entre o “*discordo*” e o “*concordo*”.

No que concerne ao conhecimento das normativas orientadoras das boas práticas, 43,6% dos enfermeiros discorda que os profissionais estejam familiarizados com as recomendações nacionais e 37,2% com as normas internacionais.

De um modo expressivo, 81,9% dos enfermeiros participantes discorda totalmente com a não atribuição de responsabilidade pela segurança dos doentes a este grupo profissional; porém, observa-se que 1 enfermeiro concorda com esta afirmação, e 1 concorda totalmente.

Quanto à política de punição, a opinião é unânime quer face aos superiores hierárquicos quer relativo à instituição onde exercem funções, sendo da opinião de que o erro não é tido como causa para atribuição de punição.

Dos enfermeiros, 37,2% são da opinião de que a importância da notificação do erro é desvalorizada por outras classes profissionais; por seu turno, 34,0% discorda face à afirmação 16.

30,9% dos inquiridos discorda que a família e o utente sejam envolvidos e devidamente esclarecidos quando ocorre um erro/EA no decorrer dos cuidados prestados.

**Tabela 27 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade**

Afirmação	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
1. O tema "Qualidade e Segurança dos cuidados" deveria fazer parte do programa formativo das escolas no curso base (pré-graduado).	Nº = 0 0,0%	Nº = 1 1,1%	Nº = 2 2,1%	Nº = 37 39,4%	Nº = 54 57,4%	Nº = 94 100,0%
2. Os erros ocorridos na prestação de cuidados de enfermagem devem-se à falta de qualificação profissional.	Nº = 19 20,2%	Nº = 9 9,6%	Nº = 19 20,2%	Nº = 3 3,2%	Nº = 2 2,1%	Nº = 94 100,0%

**Tabela 28 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade  
(cont.)**

<b>Afirmação</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Total</b>
<b>3.</b> A segurança do utente não é uma responsabilidade do enfermeiro..	Nº = 77 81,9%	Nº = 15 16,0%	Nº = 0 0,0%	Nº = 1 1,1%	Nº = 1 1,1%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>4.</b> Os profissionais estão familiarizados com as normas nacionais de qualidade e segurança em saúde.	Nº = 10 10,6%	Nº = 41 43,6%	Nº = 22 23,4%	Nº = 19 20,2%	Nº = 2 2,1%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>5.</b> A notificação de eventos/erros não é uma prioridade face à carga de trabalho.	Nº = 15 16,0%	Nº = 25 26,6%	Nº = 18 19,1%	Nº = 25 26,6%	Nº = 11 11,7%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>6.</b> Sinto que a minha equipa está envolvida na identificação e notificação do erro.	Nº = 11 11,7%	Nº = 30 31,9%	Nº = 20 21,3%	Nº = 28 29,8%	Nº = 5 5,3%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>7.</b> Errar é humano, e como tal o erro é uma consequência e não uma causa.	Nº = 21 22,3%	Nº = 26 27,7%	Nº = 26 27,7%	Nº = 19 20,2%	Nº = 2 2,1%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>8.</b> Na minha equipa, os erros/EA ocorrem mais vezes com os enfermeiros mais novos.	Nº = 20 21,3%	Nº = 40 42,6%	Nº = 15 16,0%	Nº = 17 18,1%	Nº = 2 2,1%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>
<b>9.</b> O meu superior hierárquico utiliza o erro como punitivo.	Nº = 17 18,1%	Nº = 33 35,1%	Nº = 26 27,7%	Nº = 12 12,8%	Nº = 6 6,4%	<b>Nº = 94</b> <b>100,0%</b>

**Tabela 29 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade  
(cont.)**

<b>Afirmção</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Total</b>
<b>10.</b> Sinto medo em colocar questões quando algo parece não estar correto.	Nº = 37 39,4%	Nº = 38 40,4%	Nº = 11 11,7%	Nº = 8 8,5%	Nº = 0 0,0%	Nº = 94 100,0%
<b>11.</b> Sinto-me à vontade para questionar as decisões do meu superior hierárquico.	Nº = 3 3,2%	Nº = 9 9,6%	Nº = 18 19,1%	Nº = 47 50,0%	Nº = 17 18,1%	Nº = 94 100,0%
<b>12.</b> A notificação do erro/evento adverso não é valorizada como meio de aprendizagem.	Nº = 13 13,8%	Nº = 24 25,5%	Nº = 16 17,0%	Nº = 34 36,2%	Nº = 7 7,4%	Nº = 94 100,0%
<b>13.</b> Os profissionais estão familiarizados com as normas internacionais de qualidade e segurança em saúde.	Nº = 15 16,0%	Nº = 35 37,2%	Nº = 22 23,4%	Nº = 19 20,2%	Nº = 3 3,2%	Nº = 94 100,0%
<b>14.</b> Os erros/eventos adversos acontecem mais frequentemente no turno da noite.	Nº = 17 18,1%	Nº = 34 36,2%	Nº = 32 34,0%	Nº = 10 10,6%	Nº = 11 11,7%	Nº = 94 100,0%

**Tabela 30 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade  
(cont.)**

<b>Afirmação</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Total</b>
<b>15.</b> A instituição onde exerço funções incute uma cultura punitiva nos profissionais envolvidos num erro/evento adverso.	Nº = 17 18,1%	Nº = 43 45,7%	Nº = 18 19,1%	Nº = 13 13,8%	Nº = 33 3,2%	Nº = 94 100,0%
<b>16.</b> Não me sinto à vontade em notificar erros/eventos adversos ocorridos com outros profissionais da equipa (por exemplo, equipa médica).	Nº = 19 20,2%	Nº = 323 34,0%	Nº = 14 14,9%	Nº = 26 27,7%	Nº = 3 3,2%	Nº = 94 100,0%
<b>17.</b> Os erros são mais frequentes quando aumenta a carga de trabalho.	Nº = 0 0,0%	Nº = 4 4,3%	Nº = 9 9,6%	Nº = 53 56,4%	Nº = 28 29,8%	Nº = 94 100,0%
<b>18.</b> Outros profissionais da equipa (por exemplo, equipa médica) desvalorizam a importância da notificação do erro/evento adverso.	Nº = 8 8,5%	Nº = 10 10,6%	Nº = 24 25,5%	Nº = 35 37,2%	Nº = 17 18,1%	Nº = 94 100,0%

**Tabela 31 - Distribuição dos enfermeiros por opinião relativa à cultura de segurança e qualidade  
(cont.)**

<b>Afirmção</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>Total</b>
<b>19.</b> Sinto que sou julgado pelos meus colegas quando identifico e reporto um erro/evento adverso.	Nº = 10 10,6%	Nº = 29 30,9%	Nº = 27 28,7%	Nº = 21 22,3%	Nº = 7 7,4%	Nº = 94 100,0%
<b>20.</b> Os erros acontecem mais frequentemente com os profissionais que acumulam funções em mais do que um local de trabalho.	Nº = 21 22,3%	Nº = 20 21,3%	Nº = 35 37,2%	Nº = 17 18,1%	Nº = 1 1,1%	Nº = 94 100,0%
<b>21.</b> No serviço onde exerço funções, o sistema de notificação de erro/evento adverso é visto como uma ferramenta de trabalho para a melhoria dos cuidados prestados.	Nº = 8 8,5%	Nº = 19 20,2%	Nº = 29 30,9%	Nº = 32 34,0%	Nº = 6 6,4%	Nº = 94 100,0%
<b>22.</b> No serviço onde exerço funções, o utente/família são envolvidos e esclarecidos quando ocorre um erro/evento adverso no decorrer dos cuidados prestados.	Nº = 17 18,1%	Nº = 29 30,9%	Nº = 262 27,7%	Nº = 20 21,3%	Nº = 2 2,1%	Nº = 94 100,0%

No que concerne à avaliação da cultura de segurança, 45,7% dos profissionais avaliaram o serviço onde exercem funções como tendo uma **Boa** cultura de segurança, a par com 36,2% que avaliam como **Fraca** (tabela 24).

**Tabela 32 – Distribuição dos enfermeiros por avaliação da cultura de segurança dos serviços onde exercem funções**

<b>Avaliação da Cultura de segurança</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Muito fraca	5	5,3
Fraca	34	36,2
Sem opinião	11	11,7
Boa	43	45,7
Muito Boa	1	1,1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>

Solicitou-se aos enfermeiros participantes que indicassem sugestões de melhoria ou prevenção de erro/EA, no serviço onde exercem funções, por meio de questão aberta. No Quadro 4 estão reunidas as sugestões, que foram retiradas e organizadas após leitura das respostas dadas.

**Quadro 6 - Sugestões de melhoria ou prevenção de erro/EA nos serviços**

• Formação das equipas	• Redução da carga horária
• Entidade reguladora	• Processo de acreditação
• Melhoria da comunicação interdisciplinar	• Auditoria interna com partilha dos resultados
• Formação dos gestores hospitalares	• Responsabilização dos profissionais
• Presença das chefias no serviço	• Envolvimento de toda a equipa
• Melhoria das condições de trabalho	• Contratação de mais profissionais
• Tempo para sensibilizar/ensino a clientes e famílias	• Uniformização dos cuidados
• Criação de um sistema de gestão do erro	• Atualização para sistema informático
• Melhoria da distribuição diária de tarefas	• Maior tempo de integração de novos elementos

**Quadro 7 - Sugestões de melhoria ou prevenção de erro/EA nos serviços (cont.)**

• Espaço para partilha de casos e reflexão de grupo	• Reuniões multidisciplinares
• Aquisição de material mais seguro	• Não punição/coação
• Responsabilização das chefias e gestores	

### **3.2 Estudo psicométrico das escalas construídas**

No instrumento de colheita de dados aplicado, foram construídas um conjunto de questões, sobre a forma de escalas de avaliação, tipo *Lickert*, com o objetivo de estudar a opinião dos enfermeiros inquiridos no que concerne à política de notificação/não notificação do erro/EA, e as atitudes dos enfermeiros face à gestão do erro/EA e à cultura de segurança e qualidade.

Para estudar a opinião dos enfermeiros sobre a notificação do erro/EA e segurança, foram elaboradas 11 questões que pretendiam caracterizar os motivos que levam os enfermeiros a notificar ou não o erro (pergunta número 23).

Para estudar a perceção dos enfermeiros sobre a política de segurança e gestão do erro, foram elaboradas 22 questões que pretendiam elencar a perceção dos enfermeiros sobre a segurança e gestão do erro (pergunta numero 25).

Não tendo sido um objetivo inicial, o de construir escalas de avaliação, optou-se por realizar o estudo psicométrico de ambas e analisar a sua validade. Para o estudo psicométrico recorreu-se à análise da consistência interna, da validade de construto e da correlação das variáveis.

#### **3.2.1-Estudo psicométrico da Escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro**

Numa primeira fase recorreu-se ao cálculo do alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), para a análise da consistência interna das escalas.

Da análise do  $\alpha$  de cronbach da totalidade dos 11 itens que eram parte integrante da pergunta numero 23, constatou-se que apresentavam uma **consistência razoável** ( $\alpha = 0,709$ ), de acordo com Pestana (2008)

No entanto, da análise da correlação de cada item com o total da escala, observou-se que alguns itens apresentam uma correlação de item total corrigida baixa, inferior a 0,20. A tabela 25 reúne a análise de correlação de cada item com o total da escala e a variação do  $\alpha$  cronbach.

**Tabela 33 - Correlação de cada item com o total da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e Alfa de Cronbach (1ª análise)**

Item	Correlação de item com o total corrigida	Alfa de Cronbach (excluindo o item)
P23_1	0,541	0,653
P23_2	<b>0,148</b>	0,714
P23_3	0,590	0,651
P23_4	0,533	0,661
P23_5	0,583	0,652
P23_6	0,373	0,686
P23_7	<b>0,021</b>	0,735
P23_8	<b>0,085</b>	0,723
P23_9	<b>0,062</b>	0,739
P23_10	0,557	0,658
P23_11	0,467	0,674

Deste modo, foram excluídos os itens 2, 7, 8 e 9. Procedeu-se novamente ao cálculo do  $\alpha$ , que se mostra agora com um valor de **0,832**, revelando uma **boa consistência** da escala em análise. Ao repetir a análise de correlação item-total, observou-se que todos os itens tinham agora uma correlação superior a 0,20. A escala P23 fica assim constituída por 7 itens (tabela 26):

**Tabela 34 - Correlação de cada item com o total da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e Alfa de Cronbach (2ª análise)**

<b>Item</b>	<b>Correlação de cada item com o total corrigida</b>	<b>Alfa de Cronbach (excluindo o item)</b>
P23_1	0,593	0,809
P23_3	0,671	0,794
P23_4	0,587	0,808
P23_5	0,670	0,794
P23_6	0,341	0,846
P23_10	0,655	0,797
P23_11	0,586	0,809

Para o estudo da análise fatorial, importa validar as correlações entre as variáveis originais, o que é possível através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade de Bartlett. A escala das atitudes dos enfermeiros sobre a notificação do erro apresenta um valor de **KMO de 0,836** e uma singularidade de 0,000, o que segundo Pestana (2008), reúne critérios para se proceder à análise fatorial.

Para determinar o número de fatores que compõem a escala, recorreu-se ao critério de Kaiser, no qual se recomenda que se retenham todos os fatores com valor próprio superior a 1 (XYZ), ficando retido apenas um fator (tabela 27):

**Tabela 35 - Análise fatorial da escala das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro**

<b>Fator</b>	<b>Valor próprio inicial</b>	<b>% variância</b>	<b>% variância acumulada</b>
<b>1</b>	<b>3,586</b>	51,225	51,225
<b>2</b>	0,956	13,657	64,882
<b>3</b>	0,849	12,123	77,004
<b>4</b>	0,513	7,335	84,339
<b>5</b>	0,412	5,879	90,218
<b>6</b>	0,378	5,403	95,621
<b>7</b>	0,307	4,379	100,000

### 3.2.2-Estudo psicométrico da Escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro

Da análise do  $\alpha$  da totalidade da escala, com os 22 itens, constatou-se que a escala apresenta uma **consistência muito fraca** ( $\alpha = 0,449$ ). Da análise da correlação de cada item com o total da escala, observou-se que alguns itens apresentam uma correlação de item total corrigida baixa, inferior a 0,20. A tabela 28 reúne a análise de correlação de cada item com o total da escala e a variação do alfa de Cronbach:

**Tabela 36 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (1ª análise)**

Item	Correlação de cada item com o total corrigida	Alfa de Cronbach (excluindo o item)
P25_1	<b>-0,106</b>	0,465
P25_2	<b>0,055</b>	0,449
P25_3	<b>0,048</b>	0,448
P25_4	0,302	0,402
P25_5	<b>0,037</b>	0,460
P25_6	0,526	0,342
P25_7	0,271	0,405
P25_8	<b>-0,139</b>	0,490
P25_9	-0,359	0,534
P25_10	<b>0,039</b>	0,452
P25_11	<b>0,196</b>	0,424
P25_12	<b>0,188</b>	0,422
P25_13	0,400	0,377
P25_14	<b>-0,031</b>	0,465
P25_15	<b>0,175</b>	0,427
P25_16	<b>0,169</b>	0,427
P25_17	<b>-0,004</b>	0,456
P25_18	-0,320	0,530
P25_19	0,329	0,391
P25_20	<b>0,117</b>	0,439
P25_21	0,512	0,352
P25_22	0,426	0,371

Deste modo, foram excluídos os itens 1, 2, 3, 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 e 20. Procedeu-se novamente ao cálculo do  $\alpha$ , que se mostra agora com um valor de **0,547**, revelando ainda uma **consistência muito fraca** da escala em análise. Procedeu-se a uma nova análise da correlação de cada item com o total, tal como representado na tabela 29, onde se verificou que os itens 18 e 19 assumem agora valores inferiores a 0,20:

**Tabela 37 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (2ª análise)**

Item	Correlação de cada item com o total corrigida	Alfa de Cronbach (excluindo o item)
P25_4	0,420	0,468
P25_6	0,548	0,415
P25_7	0,312	0,497
P25_9	-0,279	0,663
P25_13	0,510	0,433
P25_18	<b>-0,193</b>	0,646
P25_19	<b>0,113</b>	0,558
P25_21	0,501	0,437
P25_22	0,571	0,412

Da segunda análise foram excluídos os itens 18 e 19, e novamente realizado o cálculo de correlação e variação do  $\alpha$ , que tem agora um **valor de 0,640**, garantindo uma **consistência fraca** à escala (tabela 30):

**Tabela 38 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (3ª análise)**

Item	Correlação de cada item com o total corrigida	Alfa de Cronbach (excluindo o item)
P25_4	0,407	0,587

**Tabela 39 - Correlação de cada item com o total da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro e Alfa de Cronbach (3ª análise) (cont.)**

<b>Item</b>	<b>Correlação de cada item com o total corrigida</b>	<b>Alfa de Cronbach (excluindo o item)</b>
P25_6	0,537	0,539
P25_7	0,313	0,615
P25_9	-0,246	0,768
P25_13	0,528	0,545
P25_21	0,494	0,558
P25_22	0,584	0,526

A escala fica assim **constituída por 7 itens**, sendo que o item 9 se mostra com uma correlação negativa face ao total da escala. Embora o  $\alpha$  determine uma consistência interna fraca, a escala foi tomada em consideração para análise fatorial, já que do teste de KMO (**KMO = 0,786**) e de Bartlett (**singularidade = 0,000**) se obtém validade para a dita análise.

A análise da tabela 31 revela que a escala é composta por dois fatores, de acordo com o critério de Kaiser:

**Tabela 40 - Análise fatorial e variância da escala da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro**

<b>Fator</b>	<b>Valor próprio inicial</b>	<b>% variância</b>	<b>% variância acumulada</b>
<b>1</b>	<b>2,984</b>	42,635	42,635
<b>2</b>	<b>1,191</b>	17,019	59,654
<b>3</b>	0,811	11,585	71,239
<b>4</b>	0,681	9,724	80,962
<b>5</b>	0,561	8,013	88,975
<b>6</b>	0,471	6,728	95,703
<b>7</b>	0,301	4,297	100,000

Em seguida, a tabela 32 reúne a estrutura fatorial da escala e respectivas saturações, obtido pelo método de varimax. Após a análise da distribuição dos itens, atribuiu-se significado a cada um dos factores, sendo que o fator 1 representa a **identificação e reconhecimento do erro como melhoria dos cuidados** e o fator 2 representa o **comportamento punitivo na gestão do erro**. Ao conjunto de questões que integrava a pergunta 25 foi atribuída a designação **Escala de Perceção sobre Segurança e Gestão do Erro**.

Tabela 41 - Estrutura fatorial e saturações da escala de percepção sobre segurança e gestão do erro

Item	Fator 1	Fator 2
Item 4	<b>0,586</b>	
Item 6	<b>0,760</b>	
Item 7	0,415	<b>0,745</b>
Item 9	-0,339	<b>0,687</b>
Item 13	<b>0,728</b>	
Item 21	<b>0,774</b>	-0,362
Item 22	<b>0,794</b>	

F1 = identificação e reconhecimento do erro como melhoria de cuidados

F2 = comportamento punitivo na gestão do erro

### 3.3- ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Através da análise dos dados, constantes na tabela 33, observa-se não haver correlação significativa entre as atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição, dado que o valor de  $p$  é sempre superior a 0,05.

**Tabela 42 – Estudo da correlação das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro com a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição**

	Atitudes dos enfermeiros sobre Notificação e Segurança	
	rs	p
<b>Idade</b>	-0,059	0,573
<b>Tempo de experiência profissional</b>	-0,060	0,568
<b>Tempo de exercício de funções na instituição</b>	-0,089	0,395

Para estudo da relação dos valores das escalas com algumas variáveis qualitativas recorreu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney. Procurou-se analisar a relação entre os valores das escalas e o sexo, a ocupação de cargo de gestão, a categoria profissional e a tipo de formação graduada. Os resultados estão reunidos na tabela 34, dos quais se observa não existir diferenças significativas de atitudes dos enfermeiros sobre Notificação e Segurança por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada.

**Tabela 43 - Aplicação do teste de Mann-Whitney para estudo das diferenças de Atitudes dos enfermeiros sobre Notificação do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada**

	Atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro			U	P	
	Média	DP	Média de			
			Rank			
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b> (Nº = 22)	22,45	6,69	55,30	620,5	0,125
	<b>Feminino</b> (Nº = 72)	20,69	5,93	45,12		

**Tabela 44 - Aplicação do teste de Mann-Whitney para estudo das diferenças de Atitudes dos enfermeiros sobre Notificação do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada (cont.)**

		Atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro			U	P
		Média	DP	Média de Rank		
<b>Tipo de formação graduada</b>	<b>Pré- graduada</b> (Nº = 34)	21,44	6,48	49,56	950,0	0,581
	<b>Pós- graduada</b> (Nº = 60)	20,92	5,96	46,33		
<b>Ocupação de cargo de gestão</b>	<b>Sim</b> (Nº = 12)	18,33	7,22	36,21	356,5	0,124
	<b>Não</b> (Nº = 82)	21,51	5,89	49,15		
<b>Categoria profissional</b>	<b>Enfermeiro</b> (Nº = 64)	21,73	5,83	50,35	777,5	0,138
	<b>Enfermeiro Principal</b> (Nº = 30)	19,77	6,61	41,42		

Através da análise dos dados, constantes na tabela 35, observa-se não haver correlação significativa entre a percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro com a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição, dado que o valor de  $p$  é sempre superior a 0,05.

**Tabela 45 – Estudo da correlação da percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro com a idade, tempo de experiência profissional, tempo de exercício de funções na instituição**

	Percepção dos enfermeiros sobre Segurança e Gestão do Erro		Identificação e reconhecimento do erro como melhoria dos cuidados (Fator 1)		Comportamento punitivo na gestão do erro (Fator 2)	
	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Idade</b>	-0,072	0,488	-0,031	0,770	-0,161	0,121
<b>Tempo de experiência profissional</b>	-0,084	0,419	-0,055	0,599	-0,134	0,199
<b>Tempo de exercício de funções na instituição</b>	-0,090	0,389	-0,085	0,418	-0,066	0,528

Através da análise dos dados, constantes na tabela 36, observa-se não existir diferenças significativas de percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada.

**Tabela 46 - Aplicação do teste de Mann-Whitney para estudo das diferenças da Perceção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro por sexo, ocupação de cargo de gestão, categoria profissional e tipo de formação graduada**

		Perceção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro			U	P
		Média	DP	Média de Rank		
Sexo	<b>Masculino</b> (Nº = 22)	17,91	3,96	40,25	632,5	0,153
	<b>Feminino</b> (Nº = 72)	19,03	4,36	49,72		
Tipo de formação graduada	<b>Pré-graduada</b> (Nº = 34)	19,62	4,27	51,82	873,0	0,246
	<b>Pós-graduada</b> (Nº = 60)	18,28	4,24	45,05		
Ocupação de cargo de gestão	<b>Sim</b> (Nº = 12)	19,58	6,27	59,96	342,5	0,089
	<b>Não</b> (Nº = 82)	18,65	3,95	45,68		
Categoria profissional	<b>Enfermeiro</b> (Nº = 64)	18,61	4,53	46,38	888,0	0,558
	<b>Enfermeiro Principal</b> (Nº = 30)	19,10	3,73	49,90		

Através da tabela 37, observa-se que existe correlação negativa entre as atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e a percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro na globalidade, e a com a percepção da identificação e reconhecimento do erro com a melhoria de cuidados. Constata-se também que existe uma correlação positiva entre as atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro e a percepção de um comportamento punitivo na gestão do erro.

**Tabela 37 - Estudo da correlação das atitudes dos enfermeiros sobre notificação do erro com a percepção dos enfermeiros sobre segurança e gestão do erro**

	Percepção dos enfermeiros sobre Segurança e Gestão do Erro		Identificação e reconhecimento do erro como melhoria dos cuidados (Fator 1)		Comportamento punitivo na gestão do erro (Fator 2)	
	rs	p	rs	p	rs	p
<b>Atitudes dos enfermeiros sobre Notificação do erro</b>	-0,361	<b>0,000</b>	-0,498	<b>0,000</b>	0,282	<b>0,006</b>

## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo serão discutidos os resultados obtidos da aplicação do presente estudo. Não tendo sido delineadas hipóteses de estudo, estão aqui reunidas as correlações entre variáveis, e de que modo vão ou não ao encontro dos principais autores que fundamentam o estudo.

Relativamente aos participantes do estudo, constata-se que a maioria são do sexo feminino, com uma média de idades de 33,76 anos e com formação académica ao nível da licenciatura. Dados da OE, correspondentes à data de 31 de dezembro de 2016, apontam para um número expressivo de membros inscritos do sexo feminino (57164) face ao sexo masculino (12518). Destes, a sua grande maioria reside na região de Lisboa; do mesmo modo, no presente estudo, 57,4% dos inquiridos são desta região.

No que refere à caracterização profissional, constata-se que a maioria dos participantes ocupam a categoria de Enfermeiro (68,1%), com um tempo de experiência profissional médio de 11,41 anos) e na instituição de 9,20 anos); destes, 87,2% não ocupa cargos de gestão, o que de alguma forma pode corresponder à média de idades obtida e ao tempo médio de experiência profissional.

À luz da formação subordinada à qualidade e segurança em saúde, 57,4% refere ter recebido formação pré-graduada; dos que frequentaram formação pós-graduada (60 dos 94 participantes), todos referem ter recebido formação neste sentido. 42,6% referiram não ter recebido formação pré-graduada, o que corresponde a quase metade da amostra, e alavanca a questão da constituição dos currículos escolares, e de que modo poderão comprometer os novos profissionais. Tendo em consideração os estatutos da OE e do Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os devidos conhecimentos técnico-científicos que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços prestados. Wegner *et al.* (2015) referem que a segurança dos doentes exige por si só ser problematizada e discutida, sendo imprescindível capacitar os futuros profissionais e os que exercem funções, para a identificação e prevenção do erro e eventos adversos. O mesmo autor refere ainda que a formação dos profissionais está aquém do esperado na forma de lidar com erro. Por seu turno, Fraçolin *et al.* (2014) identificaram que o aperfeiçoamento das competências e dos conhecimentos por parte

dos enfermeiros é um fator determinante para a melhoria da qualidade e segurança da assistência em saúde. Para uma melhor constatação do estado dos planos curriculares das escolas em território nacional, seria importante realizar um levantamento das que incluem a temática da qualidade e segurança como tema a ser lecionado durante a formação pré-graduada.

Quanto à formação promovida pelas instituições de saúde, 91,5% dos inquiridos refere que a instituição onde exerce funções promove formações dirigidas, a par com 62,8% que refere que o serviço onde exerce funções também promove formação. Estes resultados atestam Rosa et al (2015) e Wegner et al. (2015), para os quais as instituições de saúde devem compreender que a segurança do doente e dos profissionais implica uma participação ativa de todos, e que a educação permanente e a partilha de experiências e conhecimento resultam na progressão de uma cultura de segurança. De igual modo, Rosa (2015) aponta para que a temática da qualidade e segurança na prestação de cuidados deve ser inserida em todos os currículos de formação dos enfermeiros.

Dos inquiridos, 59,6% referem que as instituições onde prestam cuidados foram reconhecidas em processos de acreditação; 40,4% desconhecem se a sua instituição foi alvo de um processo de acreditação. O reconhecimento público da idoneidade de uma instituição de saúde, vai ao encontro de autores, tais como Lima (2011), para quem o estudo da qualidade em saúde promove a melhoria contínua da prestação de cuidados, dos procedimentos técnicos e organizacionais, o progresso e a evolução do conhecimento e, por conseguinte, melhoria da segurança e redução dos riscos. Serapioni (2009) indica que a garantia da qualidade em saúde é um processo mensurável e deve ser sujeito a avaliação.

Dos resultados obtidos, 86,2% dos enfermeiros refere que a instituição onde exerce funções tem um sistema de notificação, enquanto que 10,6% respondeu de modo negativo. Dos inquiridos que referiram não existir sistema de notificação (Nº = 10), ao realizar cruzamento com as instituições onde exercem funções, 6 (seis) exercem funções em cuidados de saúde primários ou cuidados continuados/convalescença e 4 (quatro) em meio hospitalar. Constatou-se ainda que deste grupo, 8 (oito) diz desconhecer se a sua instituição foi alvo de processo de acreditação, e 2 (dois) afirmam que a instituição é

acreditada. A notificação de incidentes é, de acordo com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, uma das ferramentas para identificar riscos, perigos e vulnerabilidades de um sistema/organização. A notificação de incidentes permite a partilha de experiências e aprendizagens com o erro. Assim, é visível que esta realidade não é ainda transversal a todas as instituições de saúde, nomeadamente organizações acreditadas do ponto de vista da qualidade e segurança.

Quando questionados quanto ao momento em que deve ser notificado um erro/evento adverso, 86,2% dos enfermeiros são da opinião que o erro deve ser notificado quando é detetado, mesmo que seja corrigido antes de afetar o doente, 9,6% quando tem perigo para potencial para o doente e 4,3% quando poderia causar dano ao doente, mas isso não aconteceu. O erro, por definição de Fragata (2009), é um desvio de um resultado em relação a um plano previamente estabelecido ou o recurso a um plano errado para atingir um objetivo. Segundo o mesmo autor, do erro podem resultar danos processuais ou físicos para os doentes; mesmo que o erro seja recuperável e o dano evitável (*near miss*), este deve ser tratado e reportado com a mesma atenção do erro efetivo, para se perceber onde se deve atuar para prever a sua ocorrência futura. A opinião dos enfermeiros inquiridos vai ao encontro da opinião do autor.

Dos enfermeiros participantes, 63,8% afirmam já ter estado envolvidos na ocorrência de um erro/evento adverso e destes, 95% afirmam ter notificado o mesmo. Como motivo para a não notificação do erro por parte dos 3 (três) enfermeiros que responderam negativamente, apontam a ausência de sistema de notificação e que foi informado verbalmente o responsável de turno, não considerando pertinente a notificação em sistema. Por outro lado, 83,0% dos inquiridos refere já ter tido conhecimento de um erro/evento adverso ocorrido com um colega, dos quais 56,4% afirma não ter notificado o mesmo. Numa tendência inversa à primeira, os inquiridos apontam como motivos para a não notificação o aconselhamento por parte de um superior hierárquico para não o fazer, o facto de não ter ocorrido dano para o doente, o não se considerar responsável pela notificação de incidentes nos quais não tenha tido um papel principal, a ausência de sistema de notificação, o ter sido informado verbalmente o responsável de turno e com isto não carecer de registo em sistema, o registo ter sido realizado por parte do colega envolvido e, o receio de conflitos no grupo e de punição por parte de superiores

hierárquicos. Para Fragata e Martins (2005) a identificação e notificação do erro/EA é crucial na prevenção do erro em qualquer organização, mas a atitude assumida perante o ocorrido é igualmente decisiva. Para James Reason (1990) uma cultura de segurança deverá ser baseada na justiça (não punição), notificação de eventos, aprendizagem em torno dos erros, visão coletiva e transparência. A segurança na prestação de cuidados é uma responsabilidade coletiva; para Lima (2014) é imprescindível que as organizações de saúde incentivem uma cultura de notificação e aprendizagem com os erros, e que encarem a segurança do doente como responsabilidade de todos e não apenas de alguns.

No que refere à frequência dos erros/eventos adversos ocorridos, constata-se que os mais frequentes foram as quedas (77,6%), seguidas das avarias/defeito de material ou dispositivo médico (74,5%) e das úlceras por pressão (60,6%). De acordo com o PNSD, 28 a 35% da população idosa sofre uma queda todos os anos; Fragata (2010a) aponta valores de 4,8 a 8,4%. Os números do presente estudo são mais expressivos neste contexto. A evidência internacional, ainda segundo o PNSD, indica que 95% das lesões por pressão são evitáveis, e que as mesmas representam, segundo o *National Pressure Advisory Panel*, um custo estimado entre 400 e 56 mil euros por tratamento; Fragata indica valores de 10 a 14%. Neste estudo, as úlceras por pressão foram identificadas por mais de metade dos profissionais.

A identificação inequívoca de doentes é uma das estratégias delineadas pelo PNSD, e no presente estudo a identificação incorreta de doentes e de cadáveres somam 22,4% das ocorrências.

Segundo a OMS, 8 a 10% dos doentes internados, e cerca de 13% em regime de ambulatório, são vítimas de incidentes devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação; no presente estudo representam 36,2% das ocorrências, considerando igualmente a utilização de hemoderivados/hemocomponentes.

Dos incidentes ocorridos em contexto de cirurgia, no presente estudo somam 20,2% (lesão de órgão em cirurgia, corpo estranho retido após cirurgia e erro do local a operar); de acordo com Fragata (2010b) as complicações cirúrgicas representam 48% dos casos registados (dados da OMS).

A segurança da comunicação é igualmente uma estratégia delineada no PNSD, com o objetivo de evitar lacunas na transmissão de informação, que podem causar quebras na

continuidade de cuidados e no tratamento adequado; no presente estudo os incidentes ocorridos representam 41,6%, considerando falta de processo para consulta (9,6%) e omissão/transmissão incorreta de informação clínica (32,0%).

A não utilização de medidas de isolamento (que potencializam os vetores de transmissão de infecções relacionadas com cuidados de saúde) e as infecções efetivas ocorridas, representam 39,9% dos incidentes identificados. A prevenção e controlo de infeção e das resistências a antimicrobianos estão consagradas como estratégia de atuação no PNSD, embora sem valores que espelhem o estado da arte. Porém, Fragata (2010b) cita dados da OMS que apontam que as infeções representam 5 a 10% dos incidentes registados.

Quanto à política de notificação do erro, tal como abordado na tabela 22, os resultados revelam que os enfermeiros têm receio do julgamento dos pares (42,6%), de um julgamento judicial (34,0%), de processos disciplinares (37,2%) e de que a sua credibilidade como profissionais possa ser afetada (40,4%). Para Wegner (2016) é frequente a tendência de se atribuir culpa pelo erro, e que o primeiro passo é admitir que o erro é possível e está presente na prestação de cuidados. Também Fragata e Martins (2005) referem que importa abordar a inevitabilidade do erro; a inevitabilidade e o sentimento de culpa por parte dos enfermeiros são parte integrante do erro. Meurier *et al* (1997) que com os erros cometidos, 37% dos enfermeiros sentiram medo de represálias e 66% sentiram-se culpados, valores muito próximos dos obtidos neste estudo.

Por outro lado, os mesmos inquiridos reconhecem a importância da notificação do erro como meio de aprendizagem (48,6%) e de melhoria futura dos cuidados prestados (35,1%), corroborando Lima (2014) que refere que é necessário mudar a conceção das falhas e dos erros, substituindo a culpa e a punição por oportunidade de aprender e melhorar.

Quanto à questão 25, na qual é solicitada a opinião dos enfermeiros sobre afirmações relativas à segurança e notificação do erro, constata-se que 57,4% concorda totalmente com a inclusão da temática “qualidade e segurança nos cuidados” no currículo formativo do curso pré-graduado, o que vai ao encontro das afirmações anteriormente discutidas, e que remetem para a importância de dotar os futuros profissionais de competências que lhes permitam cuidar em segurança.

Na procura de associação entre erro e qualificação profissional, 20,2% da amostra é da opinião que não existe relação direta, e 42,6% é da opinião que não existe relação com o tempo de experiência profissional; para Rosa *et al* (2015), a situação de erro na prestação de cuidados de enfermagem pode ocorrer derivado de negligência, imprudência ou omissão, e não está diretamente relacionado com a qualificação profissional. Os resultados obtidos vão, assim, ao encontro da afirmação dos autores.

Por outro lado, 56,4% dos enfermeiros participantes concorda que os erros são mais frequentes com o aumento da carga de trabalho, corroborando Rosa *et al* (2015), que do seu estudo obtiveram, junto da classe de enfermagem, a ‘elevada carga de trabalho’ como fator que predispõe ao erro.

De um modo expressivo, 81,9% dos inquiridos discorda totalmente com a afirmação “*a segurança do doente não é uma responsabilidade do enfermeiro*”, indo ao encontro das premissas de que a segurança do doente é uma responsabilidade coletiva.

Pode ler-se, no PNSD, que a legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas ao tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde. Tem ainda direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança; dos resultados obtidos no estudo, 30,9% dos inquiridos discorda que no serviço onde exerce funções, o doente e a família sejam envolvidos e esclarecidos quando ocorre um incidente no decorrer dos cuidados prestados, face a 21,3% que respondeu de modo positivo. Sendo um direito consagrado pela legislação, e sendo uma responsabilidade do enfermeiro o exercício de funções que salvaguardem o direito à informação, constata-se posições contraditórias entre os resultados e as normativas nacionais.

Ainda de acordo com o PNSD, citando recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia, é importante indagar a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como alicerce para a introdução de mudanças e para a garantia de melhores níveis de segurança e de qualidade; dos inquiridos no presente estudo, 45,7% avalia a cultura de segurança do seu serviço como Boa, seguidos de 36,2% que avalia como Fraca.

Foi sugerido aos enfermeiros participantes do estudo, que indicassem sugestões de melhoria na prevenção do erro, e os resultados obtidos são passíveis de ser comparados

com o estudo levado a cabo por Umpiérrez *et al* (2015), no qual os autores questionaram os profissionais de enfermagem sobre os focos potenciadores do erro: baixas dotações seguras, a elevada carga de trabalho, lacunas no trabalho em equipa e comunicação com os pares, a necessidade de apostar na formação académica e profissional contínua. No presente estudo, os enfermeiros sugeriram a formação das equipas, a melhoria da comunicação interdisciplinar, melhoria das condições de trabalho, melhoria da distribuição de tarefas, redução da carga horária, responsabilização dos profissionais, envolvimento de toda a equipa, reuniões multidisciplinares. Constata-se que os focos identificados são transversais em ambos os estudos, e que se mantêm como preocupação para os profissionais.

Não tendo sido um objetivo inicial, de construção de escalas de avaliação, mas após análise das escalas utilizadas nas questões 23 e 25, optou-se por realizar o estudo psicométrico de ambas, e com isto correlacionar variáveis. Não foram previamente estabelecidas hipóteses de estudo, por não existir fundamentação teórica que sustentasse a sua discussão.

Dos resultados obtidos, constata-se que as variáveis sexo, habilitações literárias, categoria profissional e ocupação de cargo de gestão não têm correlação significativa com ambas as escalas, quer se trate das atitudes sobre notificação e segurança, quer se trate da perceção sobre segurança e gestão do erro, o que de algum modo nos remete para a fundamentação dos autores, de que o erro não está ligado à qualificação profissional, e que embora seja um foco determinante na gestão das organizações, é um responsabilidade de todos os profissionais, em detrimento da categoria ocupada. De igual modo, não se observa correlação significativa entre as escalas e o tempo de experiência profissional e o tempo de exercício de funções na instituição.

Porém, observa-se correlação significativa entre a atitude na notificação do erro e perceção sobre segurança e gestão do erro, na medida em que os inquiridos com melhor atitude no reconhecimento da importância da notificação de incidentes, são os que detêm uma perceção mais positiva em relação à cultura de segurança na prestação de cuidados.

## 5. CONCLUSÃO

É unânime entre autores que qualidade e segurança são imperativos na prestação de cuidados de saúde. As unidades de saúde procuram corresponder às exigências de uma sociedade progressivamente informada e esclarecida sobre práticas seguras e desejavelmente isentas de risco.

Os profissionais de saúde são, a par com a organizações e grupos administradores/executivos, os atores principais num teatro de operações complexo e imprevisível. As organizações prestadoras de cuidados de saúde devem adotar uma cultura que promova o envolvimento e responsabilização de todos os profissionais; estes devem ser capazes de identificar focos potenciadores de falhas. Os profissionais devem ser chamados a falar sobre a cultura do serviço onde exercem funções, bem como devem ter espaço para falar sobre o erro na prática clínica (do próprio e dos colegas); devem reconhecer o custo elevado associado ao erro em saúde, para a instituição, para o doente/família e para o país. As organizações devem ainda promover a aprendizagem e a formação contínua voltada à qualidade e segurança, ambiente de trabalho seguro e uma cultura positiva de identificação e notificação do erro, como meio de melhoria futura. O erro deve ser falado em equipa, evitando-se ações punitivas e de julgamento.

Estudar as atitudes e perceções dos profissionais relativas à segurança e gestão erro leva à identificação de prioridades, sugestões de mudanças e ganhos em saúde.

Da análise efetuada é visível a atitude positiva dos enfermeiros face à notificação do erro, bem como face ao impacto de uma cultura de segurança focada no crescimento coletivo e voltada ao doente e família. É visível ainda que a atitude e percepção positiva não depende da idade, categoria profissional, responsabilidade na gestão/coordenação ou formação pré-/pós-graduada, tal como reiterado pelos autores.

Os enfermeiros, como elementos chave no plano de cuidados, pela intervenção direta e permanente junto do doente, são importantes na identificação de principais focos na origem do erro, e sugerem melhorias. Do presente estudo constatou-se, à semelhança dos autores consultados, que continuam a assumir lugar de destaque e discussão a elevada carga de trabalho e a baixa lotação de recursos humanos.

Os erros eventos adversos mais comuns apontam quedas, úlceras por pressão, erros em cirurgia, erros de comunicação, prevenção e controlo de infeção associada a cuidados de saúde e utilização segura de medicação, aspetos de destaque a analisados no Plano Nacional de Segurança do Doente. Embora delineadas estratégias, estes incidentes continuam a estar na esfera diária da prática de cuidados.

A modificação de atitudes poderá ser desenvolvida através da mensuração de indicadores de qualidade, devidamente partilhados e discutidos em equipa. Traçar um plano de auditorias internas, de revisão dos processos e dos sistemas de notificação, bem como o envolvimento de todos os profissionais na melhoria contínua da segurança do doente.

No desenvolvimento de competências, a formação em qualidade e segurança garante aos novos profissionais um início de prática de cuidados fundamentada e orientada às recomendações nacionais e internacionais; contudo, é visível que esta temática não é ainda transversal a todos os currículos escolares. Seria útil desenvolver um estudo voltado às instituições de ensino e a importância que atribuem a este tema na preparação dos alunos da formação pré-graduada.

É esperado que este estudo alavanque tantos outros, na procura de estudar a ótica dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Num universo de quase 70.000 profissionais em território nacional, teria sido interessante obter uma amostra de estudo com maior expressão; porém, a autora reconhece as limitações de tempo para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

A autora sugere ainda a replicação das escalas nos mais variados contextos de atuação de cuidados, com a devida partilha de resultados. Os enfermeiros devem ser partilhar experiências, dúvidas e receios na sua atuação, sem temer um julgamento institucional ou judicial, ou que a sua reputação seja questionada. O erro é parte integrante dos cuidados e da ação humana; a consciencialização destas premissas é o que faz do enfermeiro um elemento alerta, responsável e ativo na gestão da sua prática e da equipa em que se encontra inserido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, A. (2011). *O erro e a negligência médica numa perspectiva jurídico-penal*. Consultado em 14 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16431/1/TESE%20MESTRADO.pdf>
- Bugada, H. (2013). *A gestão do erro em cuidados médicos*. Consultado em 01 de março de 2017. Disponível em: <https://spgsaude.pt/website/wp-content/.../04/A-gestão-do-erro-em-cuidados-médicos.pdf>
- Decreto-Lei n.º 248/2009, 22 de setembro. Diário da República, 1ª série – n.º 184. Consultado a 18 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Carreira-especial-de-Enfermagem%E2%80%93publicada-portaria-que-regulamenta-o-processo-de-recrutamento.aspx>
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação acção numa Unidade de Radioterapia*. Consultado 23 de janeiro de 2017. Disponível em <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>
- Faleiros, F. *et al.* (2016). Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. Florianópolis: Texto e Contexto Enfermagem. Vol. 25, n.º 4. ISSN 0104-0707
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN 9789898075185
- Fragata, J. (2010a). *Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte*. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 10, n.º 3. p. 17-26. ISSN 0870-9205

- Fragata, J. (2010b). *A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em saúde*. Consultado em 04 de agosto de 2016. Disponível em: [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449\\_RevPortCliGer al.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGer al.pdf)
- Fragata, J., Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina, Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2347-8
- Françolin, L. et al. (2015). *Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros*. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo. Vol. 49, n.º 2, p. 277-283. ISSN 1980-220X
- Instituto Nacional de Estatística. *Causa de morte 2015 – Edição 2017*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICAC OESpub\\_boui=277099566&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICAC OESpub_boui=277099566&PUBLICACOESmodo=2). Consultado a 29 de Agosto de 2017.
- Lima, F. (2014). *A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde*. Brasil: Revista Espaço Para a Saúde. Vol. 15, n.º 3, p. 22-29. ISSN 1517-7130
- Lima, S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: contributo para a melhoria da segurança do doente*. Consultado a 23 de janeiro de 2017. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/9417>
- Mansoa, A. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos de enfermagem a indivíduos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos actores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português*. Consultado em 14 de novembro de 2015. Disponível em: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4297TpY7UAhVFvBQKHeBnCW4QFggkMAA&url=ht tps%3A%2F%2Frun.unl.pt%2Fbitstream%2F10362%2F5635%2F1%2FO\\_erro\\_nos \\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_a\\_individuos\\_internados\\_numa\\_unidade\\_de\\_cuidados\\_ intensivos\\_x1.pdf&usg=AFQjCNFEkFoojXR7EhjsDTcp13LPVHRLmw](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4297TpY7UAhVFvBQKHeBnCW4QFggkMAA&url=ht tps%3A%2F%2Frun.unl.pt%2Fbitstream%2F10362%2F5635%2F1%2FO_erro_nos _cuidados_de_enfermagem_a_individuos_internados_numa_unidade_de_cuidados_ intensivos_x1.pdf&usg=AFQjCNFEkFoojXR7EhjsDTcp13LPVHRLmw)

- Meurier, C. *et al.* (1997). *Learning from errors in nursing practice*. Reino Unido: Journal of Advanced Nursing. Vol. 26, n.º 1, p. 111-119. ISSN 1365-2648
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 5ª edição. Lisboa. Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-498-0
- Polit, D., *et al* (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: ArtMed Editores. ISBN 9798573079844
- Portela, M. (2000). *Avaliação da qualidade em saúde*. Consultado em 20 de outubro de 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>
- Reason, J. T. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press. ISSN 1469-8188
- Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República 2ª Serie, Nº 35 (18-02-2011); 8656-8657
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República 2ª Serie, Nº 35 (18-02-2011); 8648-8653
- Reis, C. *et al.* (2013). *A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 18, n.º 7, p. 2029-2036. ISSN 1413-8123
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora. ISBN 972-8082-77-0
- Rosa, R, *et al* (2015). *Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros*. Chile: Ciencia y Enfermería. Vol. 21, n.º 3. ISSN 0717-9553

- Serapioni, M. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*. Revista Crítica de Ciências Sociais. N.º 85, p. 65-82. ISSN 0254-1106
- Sousa, P. (2006). *A Necessidade de uma Estratégia Nacional*. Lisboa: Acta Médica. N.º 19, 309-318. ISSN 1646-0758
- Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F. (2010). *Investigação e inovação em segurança do doente*. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 10, n.º 90. ISSN 0870-9025
- Umpiérrez, A. et al. (2015). *Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional*. Florianópolis: Texto e Contexto Enfermagem. Vol. 24, n.º 2, p. 310-315. ISSN 0104-0707
- Vieira, H. et al. (2010). *O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes*. ISSN 2177-3866. Consultado a 24 de Janeiro de 2017. Disponível em: [http://www.pucrs.br/famat/viali/tic\\_literatura/artigos/outros/questionarios.pdf](http://www.pucrs.br/famat/viali/tic_literatura/artigos/outros/questionarios.pdf)
- Wegner, W. et al. (2015). *Educação para cultura de segurança do paciente: Implicações para a formação profissional*. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, Vol. 20, n.º 3, p. 20. ISSN 2177-9465

## **ANEXOS**

**Anexo I: Nota introdutória ao instrumento de colheita de dados**

## **O Enfermeiro como promotor da qualidade e segurança dos cuidados – gestão do erro**

Este estudo surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, subordinado ao tema “O Enfermeiro como Promotor da Segurança e Qualidade dos Cuidados – gestão do erro”.

Prossiga apenas o preenchimento do questionário se é um profissional de enfermagem, em exercício de funções, sem prejuízo da instituição, vínculo contratual ou funções exercidas. A sua participação consiste no preenchimento de um questionário de recolha de dados, e demora em média 10 minutos.

Ao responder ao questionário está a dar o seu consentimento de participação, e de utilização dos dados apenas para fins científicos. Ser-lhe-á garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas.

Agradecendo desde já a sua colaboração, lembro que da autenticidade das suas respostas irão depender os resultados finais do presente estudo.

Pode interromper a sua participação no estudo sem qualquer consequência, e poderá ter acesso aos resultados do mesmo.

Todas as dúvidas sobre este estudo podem ser enviadas para o endereço eletrónico da autora.

Muito obrigada pela sua participação.

Joana Santos ([joana.mf.santos@gmail.com](mailto:joana.mf.santos@gmail.com))

## **Anexo II: Instrumento de colheita de dados**

## **Grupo I – Dados sociodemográficos**

### **1. Qual é a sua idade?**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

### **2. Qual o seu sexo?**

Masculino

Feminino

### **3. Qual a sua habilitação literária em enfermagem?**

Bacharelato

Licenciatura

Pós-Graduação

Mestrado

Doutoramento

Pós-licenciatura de especialização

Outra \_\_\_\_\_ (resposta curta)

### **4. Qual a sua categoria profissional?**

Enfermeiro

Enfermeiro principal

### **5. Ocupa alguma função de gestão?**

Enfermeiro adjunto (supervisor)

Enfermeiro gestor

Enfermeiro diretor

Não

**6. Indique o número de anos de experiência profissional (anos completos).**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

**7. Indique o número de anos de experiência profissional na instituição (anos completos).**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

**8. Indique a instituição onde exerce funções (nome e distrito).**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

### **Grupo II – Formação contínua**

**9. Durante o curso de formação base (pré-graduada), teve aulas direcionadas ao tema "Qualidade e Segurança em Saúde"?**

Sim

Não

**10. Após a formação base, realizou alguma ação/curso de formação direcionado ao tema "Qualidade e Segurança em Saúde"?**

Sim

Não

### **Grupo III – Formação em serviço**

**11. A instituição onde exerce funções promove formação aos profissionais?**

Sim

Não

Não Sei

**12. Quantas ações de formação, direcionadas à "Qualidade e Segurança em Saúde", foram promovidas pela instituição no último ano?**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

**13. Das ações promovidas pela instituição, em quantas participou?**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)

**14. No serviço onde exerce funções, são promovidas formações direcionadas à "Qualidade e Segurança em Saúde"?**

Sim

Não

### **Grupo IV – Acreditação institucional**

**15. A sua instituição é acreditada por alguma entidade reguladora?**

King's Fund Health Quality Service (HQS)

Joint Commission International (JCI)

International Organization for Standardization (ISO)

Não sei

## **Grupo V – Notificação do erro/eventos adversos**

Neste grupo de questões, tenha em consideração as seguintes definições:

Evento adverso - É todo o produto, não desejado, que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente.

Erro - É uma falha, não intencional, resultante de uma ação planeada.

### **16. No serviço onde exerce funções, existe um sistema de notificação de erro/evento adverso?**

Sim

Não

Não sei

### **17. Na sua opinião, quando deve ser notificada a ocorrência de um evento/erro?**

Quando é detetado, mesmo que seja corrigido antes de afetar o utente

Quando tem perigo potencial para o utente

Quando poderia causar dano ao utente, mas isso não acontece

Quando provoca dano moderado

Quando provoca dano grave/morte

### **18. Já esteve envolvido na ocorrência de um erro/evento adverso?**

Sim

Não

#### **18.1. Se já esteve envolvido, notificou o mesmo?**

Sim

Não

#### **18.2. Especifique a sua decisão.**

\_\_\_\_ (resposta curta)

**19. Já teve conhecimento da ocorrência de um erro/evento, por parte de um colega ou outro profissional da equipa?**

Sim

Não

**19.1. Se já teve conhecimento, notificou o mesmo?**

Sim

Não

**19.2. Especifique a sua decisão.**

\_\_\_\_ (resposta curta)

**20. No último ano, quantas vezes notificou a ocorrência de um evento/erro?**

\_\_\_\_ (resposta curta)

**21. Dos eventos/erros a seguir discriminados, identifique aqueles que já OCORRERAM no seu local de trabalho.**

Quedas

Avaria ou defeito de material ou dispositivos médicos.

Não identificação de alergias medicamentosas.

Falta do processo do doente para consulta.

Identificação incorreta do doente.

Não preparação do doente para a realização de exames agendados.

Omissão ou incorreta transmissão de informação clínica.

Prescrição terapêutica incorreta.

Identificação incorreta de cadáver.

Administração incorreta de fármacos (doente ou dose ou via ou hora).

Não utilização de medidas de isolamento.

Infeções associadas aos cuidados de saúde.

Lesão de outro órgão no decorrer da cirurgia.

Corpo estranho retido após cirurgia.

Erro do local a operar.

Não identificação de alergias alimentares.

Morte inesperada.

Erro na administração de hemoderivados ou hemocomponentes.

Úlceras por pressão.

Falta de medicação emergente.

Outra \_\_\_\_

**22. Dos eventos/erros a seguir discriminados, identifique aqueles que NOTIFICOU.**

Quedas

Avaria ou defeito de material ou dispositivos médicos.

Não identificação de alergias medicamentosas.

Falta do processo do doente para consulta.

Identificação incorreta do doente.

Não preparação do doente para a realização de exames agendados.

Omissão ou incorreta transmissão de informação clínica.

Prescrição terapêutica incorreta.

Identificação incorreta de cadáver.

Administração incorreta de fármacos (doente ou dose ou via ou hora).

Não utilização de medidas de isolamento.

Infeções associadas aos cuidados de saúde.

Lesão de outro órgão no decorrer da cirurgia.

Corpo estranho retido após cirurgia.

Erro do local a operar.

Não identificação de alergias alimentares.

Morte inesperada.

Erro na administração de hemoderivados ou hemocomponentes.

Úlceras por pressão.

Falta de medicação emergente.

Outra \_\_\_\_

**23. Na sua opinião, os eventos/erros não são notificados porque:**

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1. Há receio de um processo disciplinar.					
2. Quando há muito trabalho, os enfermeiros esquecem-se de os registar.					
3. Há receio de um processo judicial.					
4. Os enfermeiros não se sentem apoiados pelos pares.					
5. Os enfermeiros não querem que o caso seja discutido em reunião.					
6. Os enfermeiros não sabem quais os eventos/erros a ser notificados.					
7. A evolução ou desfecho do caso favorável tornam desnecessário o registo.					
8. Desde que se aprenda com o evento/erro não é necessário notificá-lo.					
9. A notificação contribui pouco para a qualidade dos cuidados.					

10. Os enfermeiros receiam afetar a credibilidade.					
11. Os enfermeiros receio afetar a credibilidade da instituição.					

**24. Identifique alguns erros/eventos adversos que já ocorreram no local onde exerce funções, e em relação a cada um deles refira quais os fatores/causas que favoreceram a sua ocorrência.**

\_\_\_ (resposta curta)

**25. Na sua opinião, face às afirmações:**

	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não discordo nem concordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
O tema "Qualidade e segurança dos cuidados" deveria fazer parte do programa formativo das escolas no curso base (pré-graduado).					
Os erros ocorridos na prestação de cuidados de enfermagem devem-se à falta de qualificação profissional.					
A segurança do utente não é uma responsabilidade do enfermeiro.					
Os profissionais estão familiarizados com as normas nacionais de qualidade e segurança em saúde.					
A notificação de eventos/erros não é uma prioridade face à carga de trabalho.					
Sinto que a minha equipa está envolvida na identificação e notificação do erro.					
Errar é humano, e como tal o erro é uma consequência e não uma causa.					
Na minha equipa, os eventos/erros/incidentes ocorrem mais vezes com os enfermeiros mais					

novos.					
O meu superior hierárquico utiliza o erro como punitivo.					
Sinto medo em colocar questões quando algo parece não estar correto.					
Sinto-me à vontade para questionar as decisões do meu superior hierárquico.					
A notificação do erro/evento adverso não é valorizada como meio de aprendizagem.					
Os profissionais estão familiarizados com as normas internacionais de qualidade e segurança em saúde.					
Os erros/eventos adversos acontecem mais frequentemente no turno da noite.					
A instituição onde exerço funções incute uma cultura punitiva nos profissionais envolvidos num erro/evento adverso.					
Não me sinto à vontade em notificar erros/eventos adversos ocorridos com outros profissionais da equipa (por exemplo, equipa médica)					
Os erros são mais frequentes quando aumenta a carga de trabalho.					
Outros profissionais da equipa (por exemplo, equipa médica) desvalorizam a importância da notificação do erro/evento adverso.					
Sinto que sou julgado pelos meus colegas quando identifico e reporto um erro/evento adverso.					
Os erros acontecem mais frequentemente com os profissionais que acumulam funções em mais do que um local de trabalho.					
No serviço onde exerço funções, o sistema de notificação de					

erro/evento adverso é visto como uma ferramenta de trabalho para a melhoria dos cuidados prestados.					
No serviço onde exerce funções, o utente/família são envolvidos e esclarecidos quando ocorre um erro/evento adverso no decorrer dos cuidados prestados.					

**26. Como avalia a cultura de segurança do serviço onde exerce funções?**

Muito fraca

Fraca

Sem opinião

Boa

Muito boa

**27. Enumere sugestões de melhoria ou prevenção de erros/eventos adversos, no serviço onde exerce funções.**

\_\_\_\_\_ (resposta curta)