



# SERVIR

SÉRIE  
SERIE **2** NÚMERO  
NUMBER **2**

ano • year | **2022**

Diretor • Director  
*Madalena Cunha*





## Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS  
NIPC – 500847169

Sede do Proprietário/Editor/Redator/Impressor | Owner's Headquarters/Publisher/Writer/Printer | Sede del Proprietario/Editor/Redactor/Impresor

Avenida Sidónio Pais, 20- 4.º Dt.º  
1050-215 Lisboa, Portugal  
T. 213146520 | E. servir1952@gmail.com | W. <https://revistas.rcaap.pt/servir>

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

Revista Servir/prop. ACEPS, 1952- 2021

Título da Revista | Journal title | Título de la Revista: SERVIR

Título da Revista abreviado | Abbreviated title of the Journal | Título de la Revista abreviado: Rev. Servir

Sigla da Revista | Acronym of the Journal | Sigla de la Revista: SERVIR

Depósito Legal Nº | Legal Deposit | Depósito Legal: 28340/89

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: SERVIR

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, Série 2 (2021) n.º 1 e seguintes)

ISSNe (versão eletrónica): 2184-5697 (edição digital, vol. 60 n.º 1-2 dezembro 2019)

ISSNp (versão impressa): 0871-2379 (edição em papel, n.ºs 1 (em 1952) – vol. 59, n.º 5-6, setembro-dezembro de 2017)



Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

Quadrimestral, sendo editada em março, julho e novembro | Quarterly released in March, July and November |

Cuatrimestral, siendo editada em marzo, julio y noviembre

Período temporal da publicação | Temporal period of publication | Período de tiempo de publicación

Série 1 – 1952- 2019 | ano 1 – 68

Série 2 – 2021 | ano 1

Indexação | Indexation | Indexación

→ PubMed, Indexada pela Medline de 1984 a 2013 (NLM ID: 860174)

→ Scopus – 1984 a 2009, 2013

→ RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (a partir de 2020)

→ SARC – Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (a partir de 2020)

→ DOAJ – Directory of Open Access Journals (a partir de 2020)



## Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde- ACEPS

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editor Adjunto | Assistant Publisher | Editor Adjunto

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque

## Conselho Científico | Scientific Council | Consejo Científico

*Madalena Cunha* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Presidente

*Carlos Albuquerque* | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT) | Vice-Presidente

## Plenário - Conselheiros Vogais

*Ana Cristina Mancussi Faro* | rafacris@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

*Andreia Silva* | andreiajsilvadacosta@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

*Beatriz Araújo* | bea9araujo@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

*Eduardo Santos* | ejf.santos87@gmail.com | PhD, CHUC, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

*Elisa Garcia* | elisa.bernardogarcia@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

*Elma Zoboli* | elma@usp.br | Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (BR)

*Fernanda Trindade Lopes* | fernandalopes@ipg.pt | PhD, Instituto Politécnico da Guarda (PT)

*Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira* | ipereira@esel.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (PT)

*Luís Lisboa Santos* | lisbon.santos@gmail.com | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT)

*Maria de Fátima da Silva Vieira Martins* | fmartins@ese.uminho.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem de Braga (PT)

*João Mendes* | joao.m.g.mendes@gmail.com | PhD, Universidade de Évora (PT)

*João Paulo Nunes* | jpnunes@esesfm.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (PT)

*José Amendoeira* | jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt | PhD, Instituto Politécnico de Santarém (PT)

*Margarida Vieira* | mmvieira@porto.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

*Mauro Alexandre Lopes Mota* | PhD, ULSG; Instituto Politécnico de Viseu (PT)

*Olivério Ribeiro* | oliverioribeiro@hotmail.com | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

*Regina Maria Ferreira Pires* | regina@esenf.pt | PhD, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)

*Rosa Martins* | romymartins@sapo.pt | PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

*Sérgio Deodato* | deodato43@gmail.com | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

*Zaida Charepe* | zaidacharepe@lisboa.ucp.pt | PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

INDICADORES DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

HEALTH CARE SENSITIVE SAFETY AND RISK MANAGEMENT INDICATORS: PERSPECTIVE OF NURSING PROFESSIONALS

INDICADORES DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD SENSIBLES A LA ATENCIÓN EN SALUD: PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Servir, 2(02), e26552

DOI:10.48492/servir0202.26552

Isabel Catarina Fernandes Berça<sup>1</sup>  
Maria Augusta Romão da Veiga-Branco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (isa.f\_b@hotmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0003-3329-5266>

<sup>2</sup>Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal (aubra@ipb.pt)  
<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Corresponding Author  
Isabel Catarina Fernandes Berça  
Avenida Abade de Baçal nº69, 5º frente  
5300-068 Bragança, Portugal  
isa.f\_b@hotmail.com

RECEIVED: 23rd February, 2022  
ACCEPTED: 27th June, 2022

2022



## RESUMO

**Introdução:** Na cultura de segurança do doente, torna-se pertinente estudar as variáveis que se constituem como indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de Enfermagem, porque são indicadores válidos em saúde.

**Objetivo:** Reconhecer a percepção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de enfermagem, e as oportunidades de melhoria nessas áreas, na pessoa em situação crítica.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal, exploratório, a partir da análise dos resultados da aplicação via online, do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”, (Eiras et al., 2014), a uma amostra de 48 enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica.

**Resultados:** A maioria amostral (83.3%), ao responder sobre os ISGR, considera entre “aceitável a muito bom”, o indicador de saúde (IS) “serviço/unidade de trabalho”. De entre os ISGR, a dimensão “trabalho em equipa”, destacou-se como o mais forte IS aos cuidados. Nas oportunidades de melhoria, a amostra, identificou como alvos de intervenção as restantes dimensões.

**Conclusão:** Sugere-se a necessidade de investir numa cultura de segurança promotora da notificação voluntária e não punitiva do erro, de incidentes adversos e dotações seguras.

**Palavras-chave:** qualidade; segurança do doente; risco clínico; enfermagem

## ABSTRACT

**Introduction:** The patient safety culture is considered a valid indicator, at the institutional and group structural level, which make up the health teams. It is important to revisit and analyze grounded practical knowledge about the variables that constitute indicators of safety and risk management (ISR) sensitive to nursing care, and their quality.

**Objective:** Recognize the perception of nursing professionals regarding safety and risk management indicators sensitive to nursing care and opportunities for improvement in the areas of safety for the person in a critical situation.

**Methods:** Descriptive study, exploratory, cross-sectional, was developed through the application, online, of the questionnaire “Assessment of Patient Safety Culture in Hospital Environment” (Eiras et al., 2014)), to a sample of 48 nurses, who provide care to patients in critical situations.

**Results:** Most of the sample (83.3%), when answering about the ISR, considers between “acceptable to very good”, the IS “service/work unit”. Among the ISGR, the dimension “teamwork” stood out as the strongest IS in care. In terms of improvement opportunities, the sample identified the remaining dimensions as intervention targets.

**Conclusion:** It is suggested the need to invest in a safety culture that promotes voluntary and non-punitive notification of errors, adverse incidents, and safe supplies.

**Keywords:** quality; patient safety; clinical risk; nursing

## RESUMEN

**Introducción:** La cultura de seguridad del paciente se considera un indicador válido, a nivel institucional y estructural grupal, que integran los equipos de salud. Es importante revisar y analizar conocimientos prácticos fundamentados sobre las variables que constituyen indicadores de seguridad y gestión de riesgos (ISGR) sensibles al cuidado de enfermería y su calidad.

**Objetivo:** Reconocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre indicadores de seguridad y gestión de riesgos sensibles a los cuidados de enfermería y las oportunidades de mejora en las áreas de seguridad de la persona en situación crítica.

**Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio, transversal, mediante la aplicación, vía online, del cuestionario “Evaluación de la Cultura de la Seguridad del Paciente en el Ambiente Hospitalario” (Eiras et al., 2014), a una muestra de 48 enfermeros, que atienden a pacientes en situaciones críticas.

**Resultados:** La mayoría de la muestra (83,3%), ao responder sobre os ISGR, considera entre “aceptable a muy bueno”, el IS “servicio/unidad de trabajo”. Entre los ISGR, la dimensión “trabajo en equipo” se destacó como el SI más fuerte en el cuidado. En cuanto a las oportunidades de mejora, la muestra identificó las restantes dimensiones como objetivos de intervención.

**Conclusión:** Se sugiere la necesidad de invertir en una cultura de seguridad que promueva la notificación voluntaria y no punitiva de errores, incidentes adversos y suministros seguros.

**Palabras Clave:** calidad; seguridad del paciente; riesgo clínico; enfermería

## Introdução

As unidades de saúde enfrentam novos desafios com a crescente complexidade dos serviços e dos cuidados que prestam. Esta condição exige um elevado empenho na qualidade com o objetivo de criar mais valor para os seus consumidores/utilizadores.

Assim, e considerando esta pertinência, este estudo tem como variáveis em estudo, as dimensões de segurança e gestão de risco em contextos cuidativos.

A questão de investigação que a seguir se enunciará, remete ao desafio que se coloca aos serviços prestadores de cuidados de saúde – e nestes aos recursos humanos cuidadores – e da melhoria contínua da qualidade e da segurança nas diversas vertentes da sua atividade. Neste contexto importa delimitar o que se entende por dimensões de segurança, e a sua conceção como indicadores sensíveis da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

O facto é que, atualmente os indicadores sensíveis de qualidade são utilizados como linhas orientadoras na vigilância, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde, revelando, desta forma, uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer estratégia ou programa de qualidade em saúde (Pereira, 2007). Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria.

Para tanto partiu-se do trabalho desenvolvido por Eiras et al. (2014), na área da avaliação da cultura e segurança do doente e nomeadamente no seu instrumento de colheita de dados, para aceder ao conhecimento de como e em que contexto os enfermeiros identificam as ações que no paradigma de Eiras et al. (2014) se consideram “dimensões de segurança”. Segundo a autora, são ações de enfermagem aplicadas, que podem ser eficazes ou não. As primeiras assumem-se como dimensões de segurança, e as segundas, porque são ações ainda não completamente eficazes, chamam-se “oportunidades de melhoria”, ou seja, ações menos eficazes e acerca das quais, se aconselha intervir no sentido de serem melhoradas.

Partindo destes pressupostos, foi formulada a questão de investigação: “Qual a perspetiva dos profissionais de enfermagem, relativamente aos Indicadores Sensíveis de Segurança e Gestão de Risco (ISGR), aos cuidados de enfermagem, à pessoa em situação crítica?”

No sentido de responder a esta questão, foi definido o objetivo geral, que é reconhecer a perceção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de enfermagem (ISGR), e as oportunidades de melhoria nas áreas de segurança para a pessoa em situação crítica.

Objetivos específicos:

- Conhecer as variáveis sociodemográficas/socioprofissionais da amostra de enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica;
- Identificar as dimensões de segurança para o doente, na perceção dos enfermeiros, com responsabilidade cuidativa da pessoa em situação crítica;
- Identificar as prioridades de intervenção para as dimensões de segurança do doente que constituem oportunidades de melhoria.

## 1. Enquadramento Teórico

Os indicadores sensíveis de qualidade (ISQ) foram inicialmente encontrados em contexto das práticas de enfermagem, por Florence Nightingale, listam um conjunto de aspetos, que de alguma forma modificam a qualidade dos cuidados e, consequentemente, a perceção e obtenção de saúde na vida das pessoas.

O uso, continuado, de indicadores de qualidade relacionados com a segurança do doente permitem identificar, corrigir e monitorizar desvios da componente cuidativa, em busca de melhor nível de desempenho na segurança. Entre os indicadores de qualidade estão indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que este profissional, tem o



dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados, procurando evidência científica de forma a manter a atualidade das mesmas. Esse processo deve ter subjacentes os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002), uma vez que estes, e conforme defendem (Oliveira et al., 2008), norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade.

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem, são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das mesmas (OE, 2007), medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua prática de cuidados, decorrente da sua tomada de decisão autónoma. Estes contemplam a estrutura (a organização, infraestrutura física, profissionais e utentes), o processo (referente à prestação de cuidados) e os resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde, satisfação) (OE, 2007).

Estes ISQ são considerados os outputs que decorrem da ação documentada da prática autónoma dos enfermeiros, definem a intencionalidade da sua ação profissional junto dos cidadãos e salientam a utilidade social da enfermagem (Petronilho, 2009). As oportunidades de melhoria da qualidade só podem ser identificadas pela monitorização e avaliação da performance, e esta supõe a existência de indicadores (Mezomo, 2001) e o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para essa melhoria. E grande parte desse contributo é fornecido pelos utilizadores dos serviços de saúde, quando aumentam a exigência na garantia da qualidade e da segurança aos prestadores/fornecedores de cuidados de saúde, sendo expetável, que este processo promova a cultura de segurança.

Em Portugal a avaliação da cultura de segurança do doente (ACSD) é realizada de 2 em 2 anos nas instituições hospitalares (desde 2014) e, nas instituições de cuidados de saúde primários, através do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, a preencher por todos os profissionais de saúde e colaboradores, com exercício de atividades superior a 3 meses (Direção Geral da Saúde, 2020).

No que diz respeito a este estudo, importa especificar que se parte do paradigma da qualidade, conforme o preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2020) - Norma nº5 de 2018, atualizada em 10-01-2020 – e que refere que para as instituições hospitalares essa avaliação incide sobre 12 dimensões e que, de alguma forma terão tido origem no trabalho de Eiras (2011). Estas 12 dimensões, aqui assumidas com D1 a D12, são:

“trabalho em equipa, expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre as unidades, dotação de profissionais, transições e resposta não punitiva ao erro.” (Direção Geral da Saúde, 2020, pag.1)

Líderes envolvidos/empenhados levam a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos e resultados seguros (National Patient Safety Agency, 2004). A liderança é um indicador fundamental a ter em conta na CS.

A fadiga, atualmente é sinalizada como um indicador sensível de risco, na prestação de cuidados, pelo que, o líder assume também um papel importante, ao dissuadir os enfermeiros de turnos contínuos e prolongados. Outro indicador que dificulta a segurança, é a pressão de trabalho que os profissionais de enfermagem sofrem. A noção de disponibilidade de recursos vem sendo alterada. Por exemplo, a elevada carga de trabalho e as progressivamente novas tecnologias de elevada especificidade, desenvolvidas para contextos e morbilidades críticas e risco de vida, são desconhecidas para os profissionais sem este tipo de contacto. Em suma, todas estas variáveis, atuam como se houvesse uma diminuição de recursos humanos (Sousa, 2013), ou sobrecarga de trabalho e atenção. A organização como um todo, assume um estatuto e função relevantes na segurança hospitalar. Como tal, duas vertentes devem ser privilegiadas: a eficiência

Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

*Servir*, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

organizacional e a segurança. Para a instituição poder oferecer prestações corretas, e atingir os objetivos pressupostos, os profissionais são não só essenciais (Fragata, 2011) do ponto de vista numérico, mas também formativo e da necessidade de atualização constante.

A comunicação, outro indicador sensível, entre profissionais responsáveis pelos cuidados e por isso, pela segurança do doente, é fundamental. É a partir da comunicação, verbal e ou não verbal, que se fomenta a partilha de ideias comuns, o modo de funcionamento intra e inter equipas, e se assumem os papéis e funções individuais, bem como os valores da equipa. A interação de uma atitude positiva em relação à CS, é fundamental para a redução do erro (Santos et al., 2010).

A notificação do erro é pertinente, porque se o erro for conhecido, podemos identificar as causas e falhas ocorridas, implementando estratégias de ação e correção, que visem em situações futuras, a redução ou eliminação do erro (Sousa et al., 2011). Todavia, esta prática não parece ser fácil de executar, porque as evidências de Eiras (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), comprovaram que 73% e 69% dos enfermeiros respondentes nos seus estudos, e ainda 79% (H1) e 84,6% (H2), assumiram, respetivamente, a não notificação de qualquer evento.

A causa dos eventos adversos é multifatorial, mas a componente humana e de equipa é a que mais contribui. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), refere que a maior parte dos eventos sentinela, tem origem na insuficiente formação das pessoas intra equipa, e quebra na comunicação (Fragata, 2011).

De tal forma estes conteúdos se relacionam com os recursos humanos, que os põem em prática que a Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos estados-membros o desenvolvimento de estudos, a partir da avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança e gestão de risco do doente. Mais indicam, - e aqui reside a essencial pertinência deste estudo, - que os resultados destes estudos, sejam usados, como alerta. A não notificação do erro, é condição essencial, para a necessidade de introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais, e das respetivas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Em suma, importa alcançar melhores níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, sem perder o foco sobre o bem-estar dos cuidadores.

## 2. Métodos

Foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva. Aplicou-se um instrumento de recolha de dados “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar” (Eiras et al. 2014) a uma amostra de profissionais de enfermagem que prestam cuidado aos doentes em situação crítica.

### 2.1 Amostra

A amostra de carácter intencional com 48 respondentes, num universo de 290 enfermeiros na instituição. No total da amostra, 40 elementos (83.3%) eram do género feminino e 8 (16.7%), do género masculino.

#### 2.1.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critério de inclusão na amostra: a formação ao nível de licenciatura em enfermagem; a prestação ao nível cuidados diretos a doentes em situação crítica e enfermeiros com domínio da língua portuguesa.

### 2.2 Instrumento de recolha de dado

O instrumento de recolha de dados (IRD) adaptado por Eiras et al. (2014): Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar, e, elaborado a partir do original “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSPSC), apresenta as operacionalizações das variáveis dependentes em estudo, traduzindo assim, os indicadores sensíveis que expressam essas variáveis.

O IRD divide-se em 8 secções, de A a H: cada secção apresenta um determinado número de itens e gera variáveis ordinais. Assim, este IRD é composto por:



- duas questões de item único: Grau de segurança do doente (secção E) e o Número de eventos notificados nos últimos 12 meses (secção G). A variável grau de segurança do doente, não é operacionalizada, em IRD, de forma quantitativa, mas sim, numa escala de Likert (com cinco níveis, entre excelente e muito fraco), de componente ordinal. Assim, os enfermeiros, assinalam o nível de segurança do doente, segundo a sua experiência e percepção subjetiva.
- a componente restante do questionário apresenta 42 itens divididos em 5 secções, A, B, C, D e F, mensurados através de uma escala de Likert de 5 níveis. Em alguns itens esta escala assume uma variabilidade de concordância, e em outros itens uma variabilidade de frequência temporal

A secção A, apresenta 18 itens relativos ao serviço/unidade de trabalho; a secção B (4 itens) é relativa ao superior hierárquico; a secção C (6 itens) é relativa à comunicação; secção D tem 3 itens sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrência; secção E aborda a classificação do grau de segurança do doente; secção F possui 11 itens sobre o hospital; a secção G questiona quanto ao número de eventos/ocorrências notificada e por último, a secção H refere-se aos dados sociodemográficos e profissionais. É a conjugação destes 42 itens que vão definir as 12 dimensões identificadas no questionário (Eiras, 2011).

As respostas obtidas e a análise posterior respetiva, respeitando a psicometria do IRD, geram um quadro multidimensional que insere 12 dimensões diferentes, que são ações/atitudes de cuidados de enfermagem, associadas à cultura de segurança do doente.

Estas 12 dimensões (D) estudadas são: D1- Trabalho em equipa, D2- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; D3- Apoio à segurança do doente pela gestão; D4- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; D5- Perceções gerais sobre a segurança do doente; D6- Feedback e comunicação acerca do erro; D7- Abertura na comunicação; D8- Frequência da notificação de eventos; D9-Trabalho entre unidades; D10- Dotação de profissionais; D11- Transições e D12-Resposta ao erro não punitiva.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado a metodologia recomendada por Sorra e Nieva (2004), que consiste na recodificação da escala de 5 para 3 categorias, conforme pode ser perceptível na Tabela 3, e na inversão das questões formuladas negativamente de modo a facilitar a análise dos dados.

Para a análise dos dados e seguindo as linhas de orientação da psicometria da escala – conforme as mesmas autoras- na recodificação da escala, decorreu o seguinte procedimento:

- para cada item as opções de resposta “concordo e concordo fortemente” e “a maioria das vezes e sempre” foram agrupadas numa só categoria considerada positiva;
- as opções de resposta “não concordo nem discordo” e “por vezes” foram agrupadas numa só categoria considerada neutra;
- as opções de resposta “discordo e discordo fortemente” e “raramente e nunca” foram agrupadas numa só categoria considerada negativa.

Deste modo, com esta recodificação temos:

1. através do cálculo dos percentuais de questões positivas nas dimensões/itens são obtidos os pontos fortes da cultura de segurança. Só são considerados pontos fortes, quando possuem uma percentagem superior ou igual a 75%.
2. quando os itens/dimensões possuem somente uma percentagem igual ou inferior a 50% são consideradas áreas a necessitar de melhoria, e, portanto, assumidas como (oportunidades de melhoria).

Para além de proporcionarem uma visão geral de cultura de segurança percebida, o percentual de respostas positivas ou negativas em cada item (indicador) pode contribuir para identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na área da segurança do doente.

### 2.3 Procedimentos

Após análise do projeto de investigação e IRD, foi apresentada a solicitação à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Portugal, instituição onde se desenvolveu o estudo, da qual foi recebido o parecer favorável. O IRD foi divulgado e aplicado via online, no período entre 23 de julho a 31 agosto de 2021. Foi assegurado aos participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa Statistical Package Social Science (SPSS) 26. Recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%).

### 3. Resultados

Considerando o primeiro objetivo, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico, através das variáveis que a seguir se expõem (Tabela 1). A amostra era maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=40; 83.3%). Observa-se que a maioria se encontrava no intervalo entre 35 e 39 anos de idade (n=22; 45.8%); sendo que 13 profissionais de enfermagem apresentavam uma idade acima dos 44 anos (27.1%).

O tempo de experiência no serviço/unidade, na maioria, 26 (54,2%) dos profissionais, é menor ou igual a 2 anos, e apenas 2 (4.2%) tinham experiência de 21 ou mais anos.

O local onde exercem funções, no caso de 20 enfermeiros (41.7%) acontece nos serviços de medicina interna, e minoritariamente, 2 (4.2%) no serviço de bloco operatório, por último 1 (2.1%) no serviço de nefrologia e 1 (2.1%) no serviço de cirurgia.

**Tabela 1 – Estatísticas descritivas relativas à idade e variáveis profissionais**

Variáveis sociodemográficas		n	%
Idade	30 a 34 anos	9	18.8
	35 a 39 anos	22	45.8
	40 a 44 anos	4	8.3
	>44 anos	13	27.1
Experiência no serviço/unidade	<6 meses	13	27.1
	6-11 meses	5	10.4
	1-2 anos	8	16.7
	3-7 anos	11	22.9
	8-12 anos	6	12.5
	13-20 anos	3	6.3
	21 ou mais anos	2	4.2
Local de exercício de funções	Cirurgia	1	2.1
	Nefrologia	1	2.1
	Psiquiatria	2	4.2
	Bloco Operatório	2	4.2
	Serviço de Internamento COVID/	3	6.3
	Serviço de Urgência	4	8.3
	Unidade de Cuidados Intensivos	15	31.3
	Medicina Interna	20	41.7



Análise dos dados sobre o contexto de ocorrências (notificadas ou não), e o grau de segurança, revela que a maioria da amostra, 44 profissionais de enfermagem, à exceção de 4 profissionais, nos últimos 12 meses, não realizaram relatórios de eventos/ocorrências. O grau de segurança do serviço/unidade foi considerado “Aceitável”, pela maioria dos profissionais (23; 47.9%) (cf. Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis “Número de ocorrências/eventos” e “Grau de segurança do doente”**

	N	%	
Número de ocorrências/ eventos notificados nos últimos 12 meses	1 a 2	4	8.3
	3 a 5	0	0.0
	6 a 10	0	0.0
	21 ou mais	0	0.0
	Nenhum	44	91.7
Grau de segurança do doente	Excelente	2	4.2
	Muito bom	17	35.4
	Aceitável	23	47.9
	Fraca	6	12.5
	Muito fraca	0	0.0
	Total	48	100

#### **A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO**

Considerando o segundo objetivo, apresentam-se os resultados relativamente às 12 dimensões da segurança do doente. As respostas da maioria da amostra (79.7%) posicionam a dimensão 1- trabalho em equipa, no estatuto de média positiva. De salientar que o item A3 apresenta igual apreciação positiva de 93.75% sendo assim, dois pontos fortes da segurança ao nível dos serviços/unidades. O item que revelou percentagem inferior (43.75%) foi o item A11, pelo que se considera uma oportunidade de melhoria (cf. Tabela 3).

A dimensão 2- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança, constituída por quatro itens obteve um resultado de resposta média positiva de 32.8%, pelo que constitui uma oportunidade de melhoria. De salientar que o item com maior percentual de respostas positivas (37.5%) foi o item B2, pelo que constitui um item que necessita de melhoria, tal como todos os outros itens (B1, B3r, B4r) que tiveram uma apreciação positiva inferior a 50% (cf. Tabela 3).

A dimensão 3- Apoio à segurança do doente pela gestão, teve um resultado da média positiva de 28,5%, pelo que é considerada uma oportunidade de melhoria. O item F1 obteve uma resposta positiva de 25%, F8 obteve percentagem positiva de 18.7% e o item F9 com 41.7%. Todos estes itens são assim, oportunidades de melhoria, por terem apresentado uma pontuação abaixo de 50% (cf. Tabela 3).

A dimensão 4 - Aprendizagem organizacional-melhoria contínua avaliada por três itens, apresenta uma avaliação positiva média de 43.1%, enquadrando-se nos aspetos que constituem oportunidades de melhoria. De referir que, a maioria da amostra (70.8%), no item A9 respondeu que “discorda” ou que “nem concorda nem discorda”. O item, A13 apresentou uma apreciação positiva de 58.3%, seguida do item, A6 com 41.7%, sendo estes pontos também considerados oportunidades de melhoria (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D1, D2, D3 e D4 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 1 Trabalho em equipa	A1 (...) os profissionais entreadjudam-se	0.0	6.3	93.8
	A3 (...) grande quantidade de trabalho rapidamente (...)	2.1	4.2	93.8
	A4 (...) os profissionais tratam-se com respeito	2.1	10.4	87.5
	A11 (...) com excesso de trabalho, (...) dão-lhe apoio	35.4	20.8	43.6
	Média	9.9	10.4	79.7
Dimensão 2 Expetativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1 (...) palavra agradável quando vê um bom desempenho (...)	25	41.7	33.3
	B2 (...) consideração, as sugestões dos profissionais (...)	27.1	35.4	37.5
	B3r (...) pressão, (...) que trabalhemos mais rapidamente (...)	27.1	22.9	29.2
	B4r (...) revê os problemas que acontecem (...)	33.3	35.4	31.3
	Média	28.1	33.9	32.8
Dimensão 3 Apoio à segurança do doente pela gestão	F1 (...) A direção do hospital proporciona (...)	29.2	45.8	25
	F8 (...) direção do hospital mostram que a segurança (...)	33.3	48	18.7
	F9 (...) apenas interessada na segurança do doente (...)	22.9	35.3	41.7
	Média	28.5	43	28.5
Dimensão 4 Aprendizagem organizacional-melhoria continua	A13 (...) a eficácia das alterações que fazemos (...)	29.2	18.8	58.3
	A6 (...) a trabalhar ativamente para uma melhoria (...)	22.9	35.4	41.7
	A9 (...) os erros proporcionam mudanças positivas	33.3	37.5	29.2
	Média	28.5	30.6	43.1

Dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente- é avaliada através de quatro itens, sendo o resultado da média positiva de 41.7%, pelo que deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. O item A18 obteve apreciação positiva de 52.1%, não sendo considerado ponto forte (< 75%), mas um item a necessitar de melhoria (= > a 50%). Os itens, A15 e A10, apresentaram ambos uma apreciação positiva de 41.7%, seguindo-se o item A17 com 31.3%, sendo itens que necessitam de melhoria (cf. Tabela 4).

Dimensão 6- Feedback e comunicação acerca do erro, resulta da média de respostas positivas a três itens, e apresenta o valor de 41%, devendo ser alvo de reflexão e melhoria. De salientar que os itens C5 e C1, apresentam o maior percentual das respostas negativas ou neutras, o item C3 obteve uma resposta positiva de 58.3%, sendo itens que necessitam melhoria (cf. Tabela 4).

Dimensão 7- Abertura na comunicação é obtida através de três itens, e para as quais se obteve um resultado médio positivo de 37.5%, constituindo uma oportunidade melhoria. Note-se que o item com maior resposta percentual positivo (48%) foi C2 e a questão com maior percentual negativo (41.7%) foi C4 (cf. Tabela 4).

Dimensão 8- Frequência da notificação é avaliada através de três itens e obteve o resultado da média positiva de 21.5%. Esta dimensão deve ser alvo de reflexão e melhoria. O item D1 obteve uma média de resposta positiva de 22.9%, D2 com 18.8% de respostas positivas e D3 com 22.9% de respostas positivas (cf. Tabela 4).



Tabela 4 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D5, D6, D7 e D8 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 5 Perceções gerais sobre Segurança do doente	A10 (...) sorte que erros mais graves não ocorrem (...)	41.7	16.7	41.7
	A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente (...)	33.3	25	41.7
	A17 (...) temos problemas com a segurança (...)	37.5	31.3	31.3
	A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	14.6	33.3	52.1
Média		31.8	26.6	41.7
Dimensão 6 Feedback e comunicação acerca do erro	C5 Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção (...)	33.3	29.2	37.5
	C3 Somos informados acerca de erros que aconteçam (...)	25	16.7	58.3
	C1 É-nos fornecido feedback acerca das mudanças (...)	47.9	25	27.1
	Média	35.4	23.6	41
Dimensão 7 Abertura na Comunicação	C2 Os profissionais falam livremente se verificarem (...)	18.8	33.3	48
	C4 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar (...)	41.7	25	33.3
	C6r (...) têm medo de colocar questões (...)	22.9	45.8	31.3
	Média	27.8	34.7	37.5
Dimensão 8 Frequência da notificação	D1 Quando um erro é cometido, mas é detetado (...)	56.3	20.8	22.9
	D2 Quando um erro é cometido, mas não tem perigo (...)	56.3	25	18.8
	D3 Quando um erro é cometido, que poderia causar dano (...)	47.9	29.2	22.9
	Média	401	25	21.5

Dimensão 9- Trabalho entre unidade, é avaliada por quatro itens, sendo o resultado da média positiva de respostas de 39,6%, Tabela 5, considerada oportunidade de melhoria. De salientar, o fato de que, para a maioria (58,3%), F6r, e para (47,9%), F2r, tanto F4 como F10 tem percentual de resposta positiva de 41,7%.

Dimensão 10- Dotação de profissionais- O resultado da dimensão advém da avaliação de quatro itens e obteve um resultado de respostas média positivas de 22,4%, Tabela 5, devendo ser considerada alvo de melhoria. As avaliações negativas são significativas, sendo de (77,1%) no item A5r, seguido do item A2 (62,5%) e A14r (53,3%), enquadrando-se nos indicadores que constituem oportunidade de melhoria.

Dimensão 11- Transições, é avaliada através de quatro itens que obtiveram um resultado positivo médio de 46,9%, Tabela 5, oportunidade de melhoria. Para a maioria, (54,2%), F11r “As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente”, (45,8%) consideram que os problemas não ocorrem aquando da troca de informação entre vários serviços/unidades do hospital (F7r) e a informação não se perde quando são transferidos de um serviço/unidade para outro F5r (com 41,7%).

Dimensão 12- Resposta não punitiva ao erro, avaliada por três itens, tem um resultado de média positiva de 15,9%, Tabela 5, a dimensão com valor mais baixo, carecendo de intervenção com prioridade urgente como oportunidade de melhoria. A avaliação com maior percentual negativo (50%), foram os itens A8r e, com a mesma avaliação percentual, A12r, pelo que devem ser considerados alvo de melhoria. O outro item A16r teve percentual negativo de (41,7%), devendo também ser alvo de atenção.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas relativas aos itens das dimensões D9, D10, D11 e D12 da segurança do doente

		% Negativo	% Neutro	% Positivo
Dimensão 9 Trabalho entre unidades	F2r Os serviços/unidades do hospital não se (...)	47.9	35.4	16.7
	F4 Existe boa colaboração entre os serviços/unidades (...)	33.3	25	41.7
	F6r É frequentemente desagradável trabalhar (...)	10.4	31.2	58.3
	F10 Os serviços/unidades do hospital funcionam bem (...)	27.1	35.4	41.7
	Média	29.7	31.7	39.6
Dimensão 10 Dotação de profissionais	A2 (...) meios (...) para corresponder ao exigido (...)	62.5	18.7	18.8
	A5r Os profissionais trabalham mais horas, (...)	77.1	14.6	8.3
	A7 Dispomos de profissionais temporários (...)	22.9	29.2	47.9
	A14r Trabalhamos em “modo de crise” (...)	56.3	29.2	14.6
	Média	54.7	22.9	22.4
Dimensão 11 Transições	F3r Situação caótica quando se transferem os doentes (...)	18.8	35.4	45.8
	F5r (...) perda informação (...), durante as mudanças de turno	33.3	25	41.7
	F7r (...) problemas aquando da troca de informação (...)	27.1	27.1	45.8
	F11r As mudanças de turno (...) são problemáticas (...)	8.3	37.5	54.2
	Média	21.9	31.3	46.9
Dimensão 12 Resposta não punitiva ao erro	A8r (...) sentem que os seus erros são utilizados contra eles	50	39.6	10.4
	A12r Quando uma ocorrência é reportada, (...)	50	31.3	18.7
	A16r Os profissionais interrogam-se se os seus erros (...)	41.7	39.6	18.7
	Média	47.2	36.8	15.9

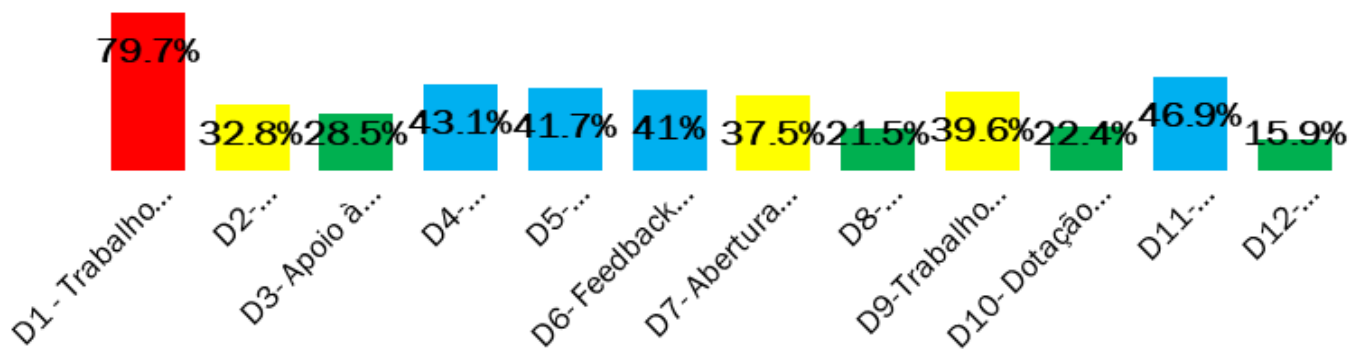
Conforme assumido no 3º objetivo, importa apresentar um contributo de análise teórica, para identificar as prioridades de intervenção, relativamente às dimensões de segurança, que, segundo a perceção amostral, se constituem como “oportunidades de melhoria”, por não se assumirem completamente eficazes,

As dimensões em estudo são identificadas, Gráfico 1, como “pontos fortes” (se a resposta média positiva for superior a 75%), ou como “oportunidades de melhoria” (se a resposta média positiva for inferior a 50%), e estas, subdivididas em 3 grupos: prioridades emergentes de melhoria (respostas médias positivas entre 10% a 30%), muito urgentes (resposta média positiva entre 30 a 40%), e por último, as oportunidades de melhoria urgentes, em dimensões com resposta de média positiva entre 40% a 50%.

A dimensão considerada ponto forte, Gráfico 1, foi D1, por outro lado identificam-se como prioridade emergente, dimensões com percentuais de média positiva significativamente baixos e que carecem de intervenção, nas oportunidades de melhoria nas dimensões D12, D8, D10 e D3; como prioridade de melhoria muito urgente as dimensões D2, D7 e D9; por último as dimensões como prioridades de melhoria urgentes identificadas são D6, D5, D4 e D11 (cf. Gráfico 1).



Gráfico 1 – Representação gráfica da distribuição dos valores médios percentuais positivos das 12 dimensões



#### 4. Discussão

O presente estudo diz respeito à análise reflexiva de uma amostra de 48 profissionais de enfermagem (16.6% da população de enfermeiros da instituição), percentual amostral, ligeiramente superior à encontrada no estudo de Eiras et al. (2011), que apresentou uma, nível de adesão de 11.1% dos enfermeiros da instituição onde se efetuou o estudo.

A apresentação desta discussão, terá como elemento central os objetivos formulados, partindo dos atuais resultados, em contraste com os de Eiras et al (2011), Sousa (2013) e Silva et al (2016), por terem sido estes, os encontrados na literatura, com mesmo objeto de estudo e amostras semelhantes.

A seguir serão discutidas as dimensões da cultura de segurança, partindo da hierarquização atribuída pelos enfermeiros da amostra, em corroboração ou não com os estudos nesta temática.

Assim, no que respeita à variável, grau de segurança do doente, 47.9% da amostra, considerou-o aceitável, corroborando Eiras et al. (2011) e Sousa (2013), e diferentemente dos resultados encontrados no estudo comparativo bi-amostral de Silva et al. (2016). Neste estudo, 68,9% e 12.6% das amostras, de uma das unidades em estudo (H1), consideraram o grau de segurança ao de “nível muito bom” e “excelente”, e na outra unidade (H2), a maioria dessa amostra (58.2%), considerou-o de nível “muito bom”.

Em suma, e corroborando os anteriores, também só a minoria amostral (12.5%) considerou “fraco”, o grau de segurança do doente.

A “notificação do erro”, considerada pertinente pela DGS, permite verificar que a grande maioria destes respondentes (n=44; 91.7%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses. Este resultado, corrobora as evidências já apresentadas, nos estudos de Eiras et al. (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), onde a maioria das amostras respetivas, assumiram, a não notificação de qualquer evento. Apenas uma minoria, 8.3% dos respondentes deste estudo, notificaram 1 a 2 relatórios de ocorrência.

Relativamente, ao objeto de estudo, “indicadores sensíveis de qualidade”, aqui operacionalizado através de 12 dimensões, que foram hierarquizadas pelos enfermeiros, verificou-se o seguinte:

As dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, e o “Apoio à segurança do doente pela gestão”, a percepção de “Dotação de profissionais” e a “Frequência da notificação”, apresentam os resultados mais baixos (< 30% de respostas positivas), o que corrobora a subnotificação anteriormente referida. Ou seja, como os enfermeiros não apresentam a cultura laboral da “Notificação do erro”, torna-se invisível o erro efetuado e a sua respetiva análise, e, portanto, a sua melhoria.



Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

*Servir*, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

Assim, esta componente das dimensões do erro, deve constituir prioridade emergente, ao nível das equipas, para serem transformadas, em oportunidade de melhoria.

A dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, foi a que obteve menor resultado positivo: só 15.9% dos enfermeiros, é que considera o seu erro, como um evento da prática, que não necessita necessariamente de punição, mas sim de reflexão.

Por isto, a perceção que os enfermeiros têm de que o seu erro poderá eventualmente desencadear críticas, corrobora os outros estudos: aproxima-se dos resultados de Sousa (2013) onde 21.2% da amostra sente o mesmo, bem como nos resultados de Silva et al. (2016), onde 26.7%, no H1 e 33.5% no H2, sente que os seus erros poderão ter apreciações punitivas. Eiras et al. (2011) apresentam o efeito inverso porque um número considerável de enfermeiros (41% da amostra) não se identifica com este sentimento.

Importa refletir e, considerando estes aspetos, se nesta menor adesão à resposta não punitiva ao erro, haverá influência de variáveis de perceção subjetiva. Por exemplo, será que estes profissionais de enfermagem, colocam a hipótese dos seus erros, serem registados no seu processo pessoal, e se deste registo, haver quaisquer consequências? Ou será que é apenas cultural, do ponto de vista formativo em termos de sistema educativo, e de metodologia de educação? Na verdade, uma explicação a estas questões, pode estar na convicção dos 50% de enfermeiros respondentes, ao assumirem que “sentem que quando notificam, estão a ser alvo de atenção, e não o problema em si” e, que os erros são utilizados contra eles.

Considerando este conjunto de resultados, torna-se pertinente uma observação e reflexão cuidadas, em contexto laboral, intra equipa, pelo que, a cultura educativa da tipologia de resposta ao erro não punitiva, deve ser foco de atenção prioritário, para a melhoria dos cuidados, seja na cultura de segurança do doente, seja na perceção de respeito e sentimento de bem-estar dos cuidadores.

A análise de eventos adversos deve ser realizada de tal forma, como aconselham Bruno (2010) e Fragata (2006), que seja personalizada, e não dê oportunidade a um ciclo de medo e de fuga, por receio de represálias e exclusão laboral. Na verdade, os autores defendem que será mais fácil avaliar a performance e o desempenho geral, do que incidir sobre “outliers”.

De entre as doze dimensões estudadas, a que obteve o segundo valor mais baixo, foi a “Frequência da notificação de eventos”: 21.5% dos enfermeiros da nossa amostra, corroboraram a minoria de enfermeiros em Sousa (2013) que também não têm o hábito de notificar eventos.

Todavia, estes resultados opõem-se à cultura encontrada nos estudos de Eiras et al. (2011), onde 44% da amostra notificou, e em Silva et al. (2016), com 39,1% (H1) e 55,9% (H2) das amostras também tiveram este procedimento.

Ou seja, a não subnotificação dos eventos adversos ocorridos, continua a ser uma realidade em outros hospitais. Importa sensibilizar para a importância da notificação de erros.

Só se forem conhecidos, podem ser reconhecidas as causas e consequências, e, portanto, melhorados os eventos, através de estratégias de ação e correção (Sousa, 2013).

Os resultados progressivamente conhecidos, apontam para a necessidade de adotar princípios organizacionais, no sentido de melhor sensibilização e consciencialização da problemática, para uma cultura de relato do erro, flexível, de justiça e aprendizagem. Para tal, deverá dispor de tempo para a construção e consolidação da cultura.

A dimensão “Dotação de profissionais”, na hierarquização feita pela amostra, obteve o terceiro valor mais baixo, e a média positiva de 22.4%. Ou seja, os enfermeiros respondentes, assumem a necessidade de mais elementos.



Entre os estudos analisados é também inferior: Sousa (2013) apresentou média positiva de 35%, Eiras et al. (2011) de 47%, e Silva et al. (2016) de 41.5% (H1) e 52.8% (H2) respetivamente, donde, se verificar que em nenhum dos estudos são atingidas médias positivas com valor superior a 75%, de forma a poderem ser consideradas forças de segurança. Esta, é uma área em que é necessário intervir urgentemente.

A amostra percebe (Tabela 5) que “não existem meios humanos para corresponder ao trabalho que lhes é exigido” (18.8%), “trabalham mais horas do que seria de esperar” (77.1%), dispõem de mais profissionais temporários do que o desejável” (47.9%), e trabalham “tentando fazer muito, demasiado depressa” (56.3%). Este fenómeno é em parte explicado pela redução qualitativa da higiene do sono em Fragata (2006), e pela fadiga, e pressão em Ques et al. (2010), bem como as recomendações de dotações seguras para as necessidades de cuidados aos doentes (...) em condições de trabalho isentas de risco (International Council of Nursis, 2006).

Em relação à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” (o quarto valor mais baixo), obteve uma média positiva de 28.5%: há 18.7% e 41.7% de respondentes que se identificam com os três itens que constituem a dimensão. Este percentual (28.5%) traduz a não confiabilidade nas diretivas de ações, como promotoras da segurança do doente, resultado que corrobora Sousa (2013) com 24%, e contraria os muito superiores, de Silva et al. (2016) que apresenta 39.9% (H1) e 49.1% (H2), e ainda Eiras et al. (2011) em que 48% da amostra considerou estas diretivas promotoras da segurança.

A segurança hospitalar, fundamenta-se na organização como um todo dinâmico, e assume um papel relevante na performance através de duas vertentes que devem ser privilegiadas: a eficiência organizacional e a segurança, onde e como defende Fragata (2006) que os profissionais são essenciais e sem eles a organização não sobrevive.

Constituindo-se como prioridade muito urgente em termos de oportunidade de melhoria, porque os seus resultados positivos se situam entre 30%-40%, estão as dimensões “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente”, “Abertura na comunicação” e “Trabalho entre unidades”.

A primeira, com média positiva de 32,8%, e maior valorização (37.5%) no item B2 “leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança ...”, Tabela 3, onde a questão com menor percentual de média positiva (29.2%) foi B3r. Estes resultados são baixos, comparativamente aos resultados positivos (percentagens > 50%), de Sousa (2013) com 58%, de Silva et al. (2016) com 71.1% no (H1) e 68.1% no (H2) e em Eira et al. (2011) com 62%. No entanto, em nenhum destes estudos se considera esta dimensão como força de segurança, uma vez que apresenta uma média positiva inferior 75%.

Promover a segurança do doente requer motivação e compromisso a partir do topo de cada organização/instituição e dos líderes de cada serviço/unidade. Para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização esta comprometida com a melhoria, a equipa de gestão deve ser visível e ativa na condução de melhorias de segurança dos doentes. Líderes envolvidos/empenhados levam assim a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados (National Patient Safety Agency, 2004).

A dimensão “Abertura na comunicação”, com média positiva de 37.5%, também inferior a todos os estudos já referenciados: Sousa (2013) com 44%, Silva et al. (2016) com 62.5% (H1) e 58.2% H2), e Eiras et al. (2011) com (52%). Esta amostra considerou positivamente, com 31.3%, o item C6r e o item C4 por 33.3%, (Tabela 4) revelando que não existe abertura na comunicação. A comunicação assertiva tem oportunidade de melhoria, porém, (48%), em C2 “Os profissionais falam livremente se verificarem ...”, pelo que os respondentes só consideram o terreno de defesa do doente um terreno seguro.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua. A comunicação, assume-se como um indicador sensível de qualidade, e uma mais-valia essencial em qualquer equipa. A este respeito, resgatam-se as conceções de Santos et al. (2010), relativamente à relação entre indicadores sensíveis

de qualidade em saúde e qualidade de interação e da comunicação, nomeadamente, na escuta empática, no momento de handover (passagem de turno), entre os membros da equipa, para a construção do modelo mental de interação.

Com uma percentagem média positiva de 39.6%, o “Trabalho entre unidades” um valor mais elevado que o apresentado no estudo de Sousa (2013) com 35%, e mais baixo, comparativamente com os de, Eiras et al. (2011) com 51% e Silva et al. (2016) com 58.5% no (H1) e 56.3% no (H2).

De considerar que para a maioria (58.3%), F6r e (47.9%), F2r, (Tabela 5) isto poderá, hipotética e eventualmente, dever-se as alterações estruturais dos serviços devido à pandemia e à entrada de profissionais de enfermagem temporários.

As dimensões “Feedback e comunicação”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” e “Transições” constituem prioridade urgente em termos de oportunidade de melhoria porque apresenta valores inferiores a 50%.

A primeira, “Feedback e comunicação acerca do erro” apresentou média positiva de 41%, inferior aos estudos de Sousa (2013) com 47%, Eiras et al. (2011) com 54% e Silva et al. (2016) com 66.5% (H1) e 78% (H2). De salientar que há um item nesta dimensão com resposta positiva C3 (58,3%), no entanto, não se observa que haja feedback, ou seja, os itens C5 “...discutimos modos de prevenção de repetição de erros” (37.5%) e C1 “É-nos fornecido feedback...” (27.1%), reflete que não existe retorno do que é relatado. Este assunto é pertinente, porque e assumindo Santos et al. (2010), “O tipo de gestão da hierarquia de uma cultura profissional e institucional pode constituir-se como uma barreira comunicacional, hoje identificada como facilitadora do erro, na medida em que o feedback a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizadas, impedindo uma correção atempada” (Santos et al., 2010).

As “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com média positiva de 41.7%, corrobora Sousa (2013) com 44%, mas é inferior ao encontrado nos estudos de Eiras et al. (2011) com 59% e Silva et al. (2016) com 65.3% (H1) e 70.9% (H2). No que se refere aos “...procedimentos e sistemas eficazes na prevenção do erro” (A18), obteve uma aderência (percentual positivo) de 52.1%. Percentagens iguais, (41.7%), nos itens A15 e A10, respetivamente, o que indica que “... a sobrecarga de trabalho coloca em risco a segurança do doente”, e só “...por sorte que não ocorrem erros mais graves...”. Esta percepção de sobrecarga, encontra proteção no recomendado pelo International Council of Nurses (2006), quando recomenda que a atribuição de mais um doente por enfermeiro, está associada a um aumento de probabilidade de morte e, de insucesso.

A dimensão “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” é percecionada pela amostra como uma capacidade que é pertinente e na qual importa investir, já que 43.1% dos enfermeiros fazem uma atribuição positiva, mas ainda assim, inferior a 75%, percentual assumido pelas autoras da escala, para poder ser considerado um ponto forte.

O item A13 com (58.3%) e o item A6 com (41.7%), refletem a preocupação da equipa na procura continua de soluções para as dificuldades encontradas na prestação de cuidados ao doente. Verifica-se que este resultado apresenta avaliação positiva mais baixa do que os estudos realizados por Eiras et al. (2011) que apresenta 68%, Sousa (2013) 55% e Silva et al. (2016) com 70.9% (H1) e 81.3% (H2). Esta dimensão assume um papel fundamental na cultura de segurança e como indicador sensível, pois a segurança do doente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo mundo. Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao doente, promovendo a segurança, estão a aumentar a qualidade dos seus serviços, uma vez que a segurança tem interação com quase todas as dimensões de qualidade.

Cabe aqui assinalar o que defende Fragata (2006), ao assumir que o treino em equipa pressupõe uma atmosfera de aprendizagem, baseada numa boa comunicação que vença as barreiras naturais, que se opõem sempre à discussão e ao diálogo com amortecimento de diferenças. Pela aprendizagem a equipa adquirirá a capacidade de mudar, inovar e evoluir (Fragata, 2006).



O conceito da dimensão “Transições”, apresenta uma avaliação média positiva de 46.9%, com especial relevo para o item F11r (8.3%) e o item F3r (18.8%). Considerando este baixo resultado, esta dimensão deve ser considerada com necessidade de uma oportunidade de melhoria urgente. E faz sentido, já que, a informação transmitida nas passagens de turno e na transferência de serviços/unidades, é fundamental para a continuidade de cuidados. Os resultados obtidos são mais baixos que os apresentados nos estudos de Silva et al. (2016) com 69.3% (H1) e 67.9% (H2), e Eiras et al. (2011) com 59%. Contudo o estudo realizado por Sousa (2013), teve valor mais baixo, com 35%.

As variáveis promotoras da qualidade em saúde, donde se destacam os indicadores sensíveis de qualidade, pretendem também melhorar a qualidade na interação e comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelos cuidados, e por isso, na segurança do doente. Em suma, é importante promover a comunicação na equipa, nomeadamente, no momento específico de handover (passagem de turno) e a comunicação mais alargada intra e inter equipas de saúde.

Segundo a Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO (2005), handover é o processo de passagem de informação entre profissionais de saúde que tem como missão a continuidade de cuidados. É uma interação importante que implica um processo de comunicação entre os profissionais, assim como a transferência de responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema organizacional e cultural complexo. A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados, e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do handover e, na segurança do doente. O aumento da qualidade do handover tem sido associado a melhor qualidade de serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade (Santos et al., 2010).

A dimensão “Trabalho em equipa” é a dimensão considerada “ponto forte”, uma vez que, e de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), são pontos fortes na instituição se tiver 75% de respostas médias positivas, e esta dimensão no presente estudo apresentou média positiva de 79.7%. Os dois itens mais pontuados foram A1 e A3, (ambos com 93.8%), e A4 (87.5%). Comparativamente com os estudos analisados, o presente estudo tem melhor avaliação positiva, Sousa (2013) com 68.1%, Eiras et al. (2011) com 73%, e ligeiramente com avaliação positiva mais alta em Silva et al. (2016) com 86.2% (H1) e 85.6% (H2).

Praticamente todas as atividades realizadas nas instituições de saúde são desenvolvidas no seio das equipas. O nível do trabalho produzido depende hoje não só da excelência dos profissionais envolvidos, mas também do modo como conseguem trabalhar em equipa e não menos, o modo como esta equipa é liderada (Fragata et al., 2006). Todavia, é necessário ir mais longe.

## Conclusão

O enfermeiro especialista distingue-se pela formação e ação cuidativa, através de intervenções autónomas ou interdependentes, à pessoa em situação crítica, executadas de modo consistente, no sentido da segurança clínica e da gestão do risco.

Partiu-se da constatação de necessidade de investigação na área dos indicadores sensíveis de segurança do doente e da gestão de risco, como promotores de reflexões em qualidade dos cuidados de saúde em geral, e nos de prestação de cuidados em particular. Para tanto, foram formulados três objetivos que orientaram o percurso metodológico, e aos quais, se deu consecução, com resultados evidentes. Assim, considera-se que este trabalho, pode ser um contributo, para uma praxis refletida, já que a amostra nos pôde conduzir, para um perfil de indicadores, expressivos de grande parte de intervenções/dimensões, para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde. Numa primeira abordagem, verificou-se que os enfermeiros assumiram o trabalho em equipa, a capacidade de entreajuda, a comunicação e o respeito, e a equidade, como os “pontos fortes”, daquilo que consideraram, as variáveis promotoras de qualidade. E é este conjunto de resultados, que permite recentrar o debate reflexivo, nestas capacidades, seja ao nível institucional, seja ao nível relacional da equipa. Ou seja, importa capitalizar recursos formativos e atencionais nestas áreas. De forma mais específica, na sua perceção subjetiva, a maioria da amostra, considerou o grau de segurança entre aceitável e muito bom.

Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

*Servir*, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

101

Por oposição, as variáveis assumidas com necessidade de intervenção, - aqui consideradas como oportunidades de melhoria -, traduzem não o que deve permanecer, mas sim, no que há a alterar. E nesta perspetiva centra-se no que diz respeito ao modus operandi na resposta ao erro, e a frequência (ou não) de notificação. Isto permitiu-nos observar o universo do clima social e emocional, do que vivem, e do que deve, de alguma forma, ser reaprendido e alterado. Além destas dimensões, foram também consideradas com necessidade de melhoria contínua, a aprendizagem organizacional e a dotação de recursos, que se agregam num outro conjunto, identificado assim, com necessidade de intervenção prioritária.

Mas importa olhar para a subnotificação como uma realidade transversal a muitos hospitais portugueses. Assim, considera-se a importância da notificação de eventos/incidentes, no processo de aprendizagem em torno do erro, e a necessidade de reaprender, a partir da conceção do erro como experiência não punitiva.

Urge desenvolver uma política de segurança do doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os eventos, com consequente identificação de falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que estas, não se voltem a repetir.

É necessário conhecer profundamente o contexto laboral, para desocultar focos de falhas e de sofrimentos. Importa reunir reflexões válidas acerca dos resultados e construir protocolos com procedimentos promotores de mudanças no comportamento e atitudes. Todavia, não existe, tendo como base a revisão bibliográfica desenvolvida, nenhum programa implementado, a médio e ou longo prazo, em qualquer instituição, com a finalidade de identificar, corrigir e reimplementar, de forma metodológica e sistemática, as ações consideradas de menor nível de eficácia e/ou eficiência.

Assim, propõe-se, investir em estudos sobre o fenómeno do erro e nos danos provocados pela sua omissão. Importa aqui deixar expressa essa ideia de que o erro e a sua divulgação, em contextos dos profissionais de saúde, podem propiciar uma mudança de cultura formativa e auto formativa. Não será um processo fácil, mas ainda assim, é possível. Recomenda-se a formação de profissionais e implementação de medidas simples, construindo uma instituição mais segura, beneficiando os doentes, profissionais e a própria instituição.

### Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

### Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os Enfermeiros participantes no estudo.

### Referências bibliográficas

Bruno, P. (2010), Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – Erro em Medicina, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Biomédico, ISBN: 978-972-32-1881-7.

Eiras, M. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, IM. & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int. J. Health Care Qual. Assur*, 27 (2), 111-122. Doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072;

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 5/2018 de 20 de 02 de 2018 atualizada em 10 de 01 de 2020, avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. DGS: Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>



- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio de 2015. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020. Diário da República: II série. No 102 (2015). Disponível em <https://dre.pt/application/file/67318639>.
- França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S., Fragata, J. & Barros, P.P. (2006), Risco Clínico – complexidade e performance, Coimbra: Edições Almedina, SA, Depósito legal 242854/06.
- Fragata, J. (2006), Risco Clínico: complexidade e performance. Almedina. ISBN: 972-40-2835-6.
- Fragata, J., & Martins, L. (2006), O Erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade, Almedina.
- Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes- Uma Abordagem Prática. Lisboa: Lidel. p 312. ISBN: 978 972 757 797 2.
- Institute of Medicine [IOM]. (2001). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- International Council of Nurses (2006), Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de Informação e Acção, Genebra (Suíça) ISBN:9295040449 [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/599/1/msc\\_eoslameiras.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/599/1/msc_eoslameiras.pdf)
- Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Editors. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID: 25077248.
- Mezomo, J. (2001). Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos. Brasil: Diversos. ISBN 9788520412633.
- National Health System [NHS]. (2013). NHS Services, Seven Days a Week Forum Evidence base and clinical standards for the care and onward transfer of acute inpatients. NHS. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/evidence-base.pdf>.
- National Patient Safety Agency, NHS (2004), Seven Steps to Patient Safety – the full reference guide, second print August 2004. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&>
- Oliveira, D. et al. (2008). Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 36-41. ISSN 1646-2629. 28.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência - Módulo I -7. [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicador esVFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador esVFOut2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>
- Peralta, T.J. (2012). Segurança do doente: Perspetivas dos profissionais de um hospital da região centro (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pereira, F. (2007)– Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.
- Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. Revista sinais vitais. Coimbra. 82:35- 43. ISSN 0872-8844.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, P. B. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artemed. p487. ISBN 0-7817-2557-7.
- Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette P. (1995), Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85 7307 101 x.
- Ribeiro, O., Carvalho, F. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Revista Millenium,35. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade\\_dos\\_%20cuidados\\_%20de\\_%20saude.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf)
- Ribeiro, J. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde (3ª ed). Porto: Legis Editora.



Fernandes Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022).

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - Perspetiva dos profissionais de enfermagem: Indicadores sensíveis de Segurança e gestão de risco.

*Servir*, 2(02), e26552. DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

103

- Santos, M. C., Grilo A., Andrade G., Guimarães T., & Gomes A., (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. [Online] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-deapoio/cdi/cdi/sectordepublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6->
- Santos, M., & Rennó C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. 58(15): 27-30. [http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?pndoc=597&p\\_nanexo=381](http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?pndoc=597&p_nanexo=381)
- Silva, E.M., Pedrosa, D.L., Leça, A.P., & Silva, D.M. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, série 4* (9). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. 1ª edição ed. s.l.: Personal Vision.
- Sousa, A.M. (2003)- A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. *Nursing*. Ano 15, nº175. p.28 – 33.
- Sousa, A. M. (2013). Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.