

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM INTERNAMENTO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

Patient Safety Culture: professionals' perception of an oncology surgery hospitalization

AUTORES:

Patricia Joana Fortunato França Simões¹

Concetualização, Curadoria dos dados, Investigação, Metodologia, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição

Elsa Clara Zagalo Miranda²

Concetualização, Investigação, Metodologia, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição

Ivo Cristiano Soares Paiva³

Concetualização, Curadoria dos dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição

¹ Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, Serviço de Pneumologia, Coimbra, Portugal.

² Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, Serviço de Especialidades Cirúrgicas 1, Coimbra, Portugal.

³ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem Médico-Cirúrgica; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Coimbra, Portugal.

Autor/a de correspondência:

Patricia Joana Fortunato França Simões
3265@ipoccoimbra.min-saude.pt



RESUMO

Introdução: A cultura de segurança (CS) é percebida como o produto dos valores individuais e do grupo de profissionais que determina o empenho e compromisso para a prosperidade organizacional.

Objetivos: Caracterizar a CS do doente de uma unidade de internamento recém-formada de um hospital de oncologia e identificar as suas oportunidades de melhoria/pontos fortes.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa. A amostra foi constituída por 60 profissionais de saúde (enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos). O instrumento de colheita de dados foi constituído por um questionário para caracterização dos participantes e pelo Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente. Os pressupostos éticos foram assegurados.

Resultados: A avaliação da CS traduziu-se em 63,8% de respostas positivas. As dimensões "Apoio à segurança do doente pela gestão", "Dotação de profissionais" e "Perceções gerais sobre a segurança do doente" foram identificadas como áreas de intervenção mais prioritária. Não foi identificada qualquer dimensão como ponte forte da CS.

Conclusão: Ao analisar as áreas que carecem de maior atenção vislumbra-se a necessidade de implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, para promover a CS neste contexto.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura organizacional; Segurança do paciente; Enfermagem; Oncologia.

ABSTRACT

Introduction: Safety culture (SC) is perceived as the product of individual values and the group of professionals that determines the commitment and commitment to organizational prosperity.

Objectives: To characterize patient SC in a newly formed inpatient unit of an oncology hospital and identify its opportunities for improvement/strengths.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, quantitative study. The sample consisted of 60 health professionals (nurses, operational assistants and technicians). The data collection instrument consisted of a questionnaire to characterize the participants and the Patient Safety Culture Assessment Questionnaire. Ethical assumptions were ensured.

Results: The SC evaluation resulted in 63.8% positive responses. The dimensions "Management support for patient safety", "Staffing" and "Overall patient-safety perceptions" were identified as the highest priority areas for intervention. No dimension was identified as a strong CS bridge.

Conclusion: When analyzing the areas that require greater attention, the need to implement continuous quality improvement projects is seen to promote SC in this context.

KEYWORDS: Organizational culture; Patient safety; Nursing; Oncology.

Introdução

A segurança do doente é assumida como uma questão prioritária que consta da agenda internacional na área da qualidade em saúde desde a divulgação do relatório *To Err is Human* do Institute of Medicine, em 1999¹.

Acompanhando a evolução da ciência e da evidência científica, a prestação de cuidados de saúde desenvolve-se num sistema cada vez mais complexo e dinâmico, o que exige que a cultura de segurança (CS) seja uma prioridade e mereça cada vez mais o envolvimento de todos os profissionais das instituições de saúde².

Considerando que a Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é fundamental avaliar a cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais dado que permite às organizações compreender as suas características e promover estratégias de melhoria que permitam aumentar a qualidade dos cuidados prestados³.

Tendo por base os pressupostos apresentados, este estudo de investigação apresentou como objetivos: caracterizar a cultura de segurança do doente (CSD) percecionada pelos profissionais de saúde de uma unidade de internamento recém-formada de um hospital de oncologia e identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria por forma a cumprir com os desígnios nacionais e internacionais.

Enquadramento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos estados membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a CSD, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes².

A segurança do doente deve ser encarada dentro das organizações como uma responsabilidade dos profissionais, em que todos devem contribuir para que os cuidados prestados aos doentes sejam seguros e de qualidade e constitui-se como um aspeto central na prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes⁴.

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e elevada imprevisibilidade é propícia à ocorrência de incidentes que podem conduzir a resultados negativos com danos para os doentes e profissionais e também para o desempenho e credibilidade das instituições de saúde⁵.

Para a OMS, a prevenção de acidentes em saúde e a sua mitigação tem como finalidade alcançar a marca de “zero eventos adversos evitáveis”. Neste contexto, os pro-

fissionais são considerados responsáveis pelas escolhas que assumem ao comportarem-se no seio das organizações tendo como prioridades aprender com o erro, implementar estratégias e práticas seguras alicerçadas numa verdadeira cultura de segurança⁶.

Questão de Investigação

Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente numa unidade de internamento de um hospital de oncologia português?

Metodologia

Desenho do estudo e objetivos

Estudo descritivo e transversal de natureza quantitativa, desenvolvido com os objetivos de caracterizar a CSD percecionada pelos profissionais de saúde de uma unidade de internamento de um hospital de oncologia português e identificar as oportunidades de melhoria/pontos fortes da CSD nesse contexto.

População/Participantes

A população foi constituída por 88 profissionais de saúde (55 enfermeiros, 31 assistentes operacionais e 2 assistentes técnicos) que exerciam a sua atividade profissional na unidade de internamento criada há dois anos em virtude da necessidade das reorganizações estrutural e funcional da instituição.

Como critérios de inclusão foram definidos: trabalhar nessa unidade há pelo menos três meses e consentir participar no estudo de forma informada, livre e esclarecida.

Da população, aceitaram participar 60 profissionais de saúde.

Variáveis

As variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes avaliadas foram: idade, sexo, estado civil, categoria profissional, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, vínculo contratual e horário praticado.

A variável CSD é composta por 12 dimensões: Trabalho em equipa, Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem 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 de eventos, Trabalho entre as unidades, Dotações de profissionais, Transições e Resposta não punitiva ao erro.

Instrumentos de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi constituído por duas partes: Parte I, para caracterização sociodemográfica

e profissional dos participantes; e, Parte II, composta pela versão portuguesa do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.

O questionário foi composto por 42 itens, agrupados em 12 dimensões relacionadas com os domínios da segurança ao nível do hospital, da unidade e de variáveis de resultado sendo a possibilidade de resposta numa escala tipo *likert* de 5 itens agrupadas em três categorias: negativo (pontuações 1 e 2), neutro (pontuação 3) e positivo (pontuações 4 e 5).

Análise de dados

Os dados foram colhidos entre maio e julho de 2023 sendo os questionários transcritos para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29, realizando-se depois a análise estatística descritiva calculando-se as frequências, medidas de tendência central e de dispersão.

Considerações éticas

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da unidade de saúde em que o estudo foi desenvolvido (referência TI n.º 12/2023).

Resultados

A apresentação de resultados encontra-se dividida em

duas partes: caracterização sociodemográfica e profissional da amostra e perceção da CSD.

Caracterização socioprofissional da amostra

A amostra foi constituída por 60 profissionais de saúde: 42 enfermeiros, 16 assistentes operacionais e 2 assistentes técnicos. A maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino e metade dos participantes são casados.

Dos enfermeiros, a maioria detém a categoria de enfermeiro, sendo que 16,7% detém a categoria de enfermeiro especialista.

Quanto à idade, verificou-se uma média etária de 43,52 anos.

Relativamente às habilitações académicas, o grau académico mais elevado foi o de mestre, sendo que a licenciatura e o 12.º ano de escolaridade foram os mais reportados (55% e 25%, respetivamente).

Os participantes relataram exercer a sua atividade profissional (em média) há 18,88 anos.

Os profissionais relataram ser detentores de contrato individual de trabalho (60%) ou em funções públicas (38,3%) e cumprindo, em grande maioria, a carga horária em horário de roulement, face ao horário fixo (15%).

A caracterização da amostra do estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

VARIÁVEL	N (%)	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Idade (anos)	60 (100)	43,52	9,19	26	59
Experiência profissional (anos)	60 (100)	18,88	9,64	1	36
VARIÁVEL	N (%)	VARIÁVEL	N (%)		
Sexo	Masculino		13 (21,7%)		
	Feminino		47 (78,3)		
Estado Civil	Solteiro		19 (31,7)		
	União de facto		5 (8,3)		
	Casado		30 (50)		
	Divorciado		5 (8,3)		
	Víuvo		1 (1,7)		
Categoria profissional	Enfermeiro		42 (70)		
	Assistente operacional		16 (26,7)		
	Assistente técnico		2 (3,3)		
Habilitações académicas	3.º ciclo		1 (1,7)		
	Secundário		15 (25)		
	Bacharelato		1 (1,7)		
	Licenciatura		33 (55)		
	Mestrado		10 (16,7)		

Percepção da Cultura de Segurança do Doente

A percepção da CSD pelos participantes e, considerando a escala na sua globalidade, apresentou uma média de 3,19, traduzindo-se num percentual de 63,8% de respostas positivas.

Analisando os três domínios *per si*, o que apresenta média mais elevada é o domínio da unidade e a média mais baixa é o domínio de variáveis de resultado, conforme se apresenta na Tabela 2.

Tabela 2. Avaliação da cultura de segurança do doente por domínios.

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE	N (%)	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	N OMISSO (%)
Global	60 (100)	3,19	0,41	2,20	4,02	0 (0)
Domínio hospital	60 (100)	3,18	0,54	1,72	4,58	0 (0)
Domínio unidade	60 (100)	3,27	0,40	2,23	4,04	0 (0)
Variáveis de resultado	60 (100)	2,98	0,75	1,63	4,63	0 (0)

O domínio da CS ao nível do **hospital** é composto por três dimensões: “Apoio à segurança do doente pela gestão”, “Trabalho entre unidades” e “Transições” (Tabela 3).

Neste domínio, a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” apresentou uma taxa de respostas neutras muito significativa a par com as respostas neutras, com média de 2,91 (DP = 0,71).

Na dimensão “Trabalho entre unidades”, verificou-se uma média de respostas de 3,26 (DP = 0,62), tendo-se traduzido numa taxa de respostas positivas e de respostas neutras muito similar e negativas de 17,5%.

A última dimensão que compõe este domínio refere-se às “Transições”. A este nível, a taxa de respostas positivas engloba metade das respostas dos participantes, sobrepondo-se às respostas neutras e negativas. Nesta dimensão, obteve-se uma média de respostas de 3,38 (DP = 0,69).

No que respeita à percepção da CS do doente ao nível da **unidade**, este domínio abrange sete dimensões: “Trabalho em equipa”, “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a Segurança do Doente”, “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, “Comunicação e *feedback* acerca do erro”, “Abertura na comunicação”, “Dotações de profissionais” e “Resposta ao erro não punitiva”.

A dimensão “Abertura na comunicação”, foi a que apresentou a média mais elevada, obtendo-se uma taxa de respostas positivas de 67,2%. Esta dimensão apresenta dois dos seus três itens com médias de 3,85 (DP = 0,89) e 3,80 (DP = 0,97), respetivamente os itens “Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” e “Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo não parece estar certo” (Tabela 6, Apêndice).

A média de respostas mais baixa observa-se na dimensão “Dotações de profissionais”, com uma taxa de respostas negativas de 54,1%.

Na dimensão “Trabalho em equipa”, obteve-se uma taxa de respostas positivas acima dos 50%. Destacando-se o item “Neste serviço/unidade os profissionais entreejudam-se”, com média de 3,78 (DP = 0,67) (Tabela 6).

A “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovem a Segurança do Doente”, apresentou uma média de respostas de 3,21 (DP = 0,45), tendo-se traduzido numa taxa de respostas positivas de 40,0%.

“Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”, é outra das dimensões que compõem este domínio onde se constatou uma taxa de respostas positivas a rondar os 50%.

A dimensão “Comunicação e *feedback* acerca do erro” obteve uma média de 3,12 (DP = 0,72), com uma taxa de respostas positivas de 40,0%.

A última dimensão que compõe este domínio refere-se à “Resposta ao erro não punitiva”, tendo apresentado uma média de 3,19 (DP = 0,71). Com uma percentagem significativa de respostas neutras.

Relativamente à percepção da CSD das **variáveis de resultado**, este domínio engloba duas dimensões: “Percepções gerais sobre a Segurança do Doente” e “Frequência da notificação”.

A dimensão “Percepções gerais sobre a Segurança do Doente”, apresentou uma taxa de respostas negativas de cerca de 40%.

Na dimensão “Frequência da notificação”, verificou-se uma média de respostas de 3,07 (DP = 1,03), tendo-se traduzido numa taxa de respostas negativas, neutras e positivas muito similares entre si.

Tabela 3. Avaliação da cultura de segurança do doente por dimensões.

DOMÍNIO HOSPITAL						
Dimensões	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Apoio à segurança do doente pela gestão	2,91	0,71	32,9	41,9	25,2	0 (0)
Trabalho entre unidades	3,26	0,62	17,5	41,7	40,8	0 (0)
Transições	3,38	0,69	18,35	31,65	50	0 (0)
DOMÍNIO UNIDADE						
Dimensões	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Trabalho em equipa	3,44	0,52	15,4	28,9	55,7	0 (0)
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam segurança do doente	3,21	0,45	22,1	37,9	40	0 (0)
Aprendizagem organizacional	3,43	0,64	11,7	37,2	51,1	0 (0)
Comunicação e feedback acerca do erro	3,12	0,72	28,3	31,7	40	0 (0)
Abertura na comunicação	3,75	0,69	9,6	23,2	67,2	0 (0)
Dotações de profissionais	2,65	0,64	54,1	22,70	23,2	0 (0)
Resposta ao erro não punitiva	3,19	0,71	22,2	42,2	35,6	0 (0)
VARIÁVEIS DE RESULTADO						
Dimensões	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Perceções gerais sobre a segurança do doente	2,90	0,70	39,9	26,1	34	0 (0)
Frequência da notificação	3,07	1,03	33,9	33,4	32,7	0 (0)

Os profissionais que colaboraram no estudo consideraram que o grau de segurança do doente na sua unidade se situa entre “Muito fraca” e “Excelente”. A média do grau de segurança atribuído é de 2,97 (DP = 0,72).

Dos 59 participantes que responderam à questão, 58,3% consideraram a segurança do doente “Aceitável”.

Tabela 4. Avaliação do grau de segurança do doente.

GRAU DE SEGURANÇA DO DOENTE	N (%)
Excelente	1 (1,7)
Muito bom	12 (20,3)
Aceitável	35 (59,3)
Fraco	10 (16,9)
Muito fraco	1 (1,7)

Em relação ao número de relatórios de eventos/ocorrências que os profissionais notificaram nos últimos 12 meses, 44,0% dos inquiridos não participaram qualquer ocorrência e 14,0% participaram 1 a 2 eventos adversos (Tabela 5).

Tabela 5. Número de eventos/ocorrências relatados nos últimos 12 meses.

NÚMERO DE NOTIFICAÇÕES	N (%)
Nenhum	44 (77,2)
1 a 2 notificações	8 (14)
3 a 5 notificações	5 (8,8)

Discussão

Enquanto contexto complexo que caracteriza as unidades de oncologia, onde as pessoas doentes estão mais vulneráveis e a rotina diária da equipa multiprofissional é fundamentada por vários processos de trabalho, é essencial a avaliação da cultura de segurança de modo a identificar aspetos passíveis de melhoria. Neste sentido, o estudo da perceção dos profissionais de saúde sobre a CSD na unidade de internamento recém-formada incluiu enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos por se considerar que estas eram as categorias profissionais que melhor espelhavam a cultura organizacional do contexto, dado que trabalham nele exclusivamente.

Dos 88 profissionais de saúde que faziam parte da equipa do serviço, participaram no estudo 60 elementos correspondendo a 68% da população.

Ao analisar a CSD na globalidade, tendo-se obtido 63,8% de respostas positivas, permite concluir que as 12 dimensões não se apresentam como um porte forte, vislumbrando a necessidade de implementar melhorias aos vários níveis.

A maioria dos estudos analisados não apresenta valores da escala globalmente, analisando as 12 dimensões *per si* sendo que a degradação na perceção da CSD transversal a muitas dimensões desta escala, é apontada na literatura internacional⁷.

No que se refere ao domínio da CSD ao nível do hospital, a média de respostas obtidas foi muito semelhante à média global da escala e a dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” foi a que apresentou percentuais de respostas positivas mais baixos e de respostas negativas mais altas⁸, sendo que múltiplos estudos reportaram dados superiores neste domínio⁹⁻¹².

Perante estes resultados, reforça-se a necessidade de que a liderança deve ser a primeira a comprometer-se com o objetivo de demonstrar a alta confiabilidade da instituição, alicerçando a sua visão na segurança e encarando-a como uma prioridade. No entanto, é imperativo que todos os processos de gestão de qualidade sejam implementados e geridos com o empenho de uma equipa multidisciplinar e o envolvimento de todos¹³.

A dimensão “Trabalho entre unidades”, apresenta um valor de respostas positivas de 40,8%. Este valor é superior aos encontrados em estudos nacionais^{8,9,14,15}.

Comparando os diferentes estudos verifica-se que a amplitude de percentagem de respostas positivas é muito grande, desde 26,6%⁹ até 72%¹⁶. Este facto pode ser justificado pela especificidade de cada instituição ou mesmo das unidades em que foram realizados os estudos sendo

necessário o desenvolvimento de competências na área da comunicação, do trabalho em equipa, liderança de equipas, entre outras.

A dimensão “Transições” é a que apresenta uma média mais elevada, mas ainda assim com possibilidade de melhoria sendo que alguns estudos apresentam valores inferiores^{8,9}.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2021-2026) reconhece que a comunicação em todo o percurso do doente, é crucial para a qualidade e segurança da prestação de cuidados, com destaque para os momentos de transição de cuidados, de transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre os profissionais de saúde¹⁷.

A avaliação da CS ao nível da unidade apresenta uma média ligeiramente superior à média global e à média do domínio hospital, o que pode traduzir que a perceção dos profissionais é mais positiva em termos locais do que a nível geral.

Das sete dimensões que compõem este domínio a dimensão “Abertura na comunicação” é a que apresenta maior percentual de respostas positivas. O valor é o mais alto encontrado quer nos estudos nacionais quer internacionais¹⁸.

A dimensão “Trabalho em equipa” é a segunda que apresenta melhores resultados neste domínio. No entanto, estes resultados são inferiores aos de todos os estudos analisados, onde invariavelmente esta dimensão é a que apresenta melhores resultados. Este facto pode justificar-se por a equipa se ter formado há cerca de 2 anos (à data da recolha de dados) e ser resultado da fusão de várias equipas^{7,19}.

As “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” apresenta uma taxa de respostas positivas e neutras similares (perto dos 40%).

A gestão de topo deve comprometer-se a demonstrar a confiabilidade da instituição, baseando a sua visão na segurança, e tendo esta como prioridade¹³.

Podem ser colocadas em prática ações muito específicas relacionadas com esta dimensão, como: nomear líderes seniores para a segurança do doente; aumentar o envolvimento das lideranças na melhoria da segurança do doente; realizar visitas formais dos dirigentes aos serviços de modo a perceberem as situações quotidianas relacionadas com a segurança do doente¹⁸.

Na dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” cerca de metade dos participantes apresentam respostas positivas, sendo uma das dimensões com valores mais satisfatórios deste domínio. Os restantes estudos analisados apresentam valores muito variáveis nesta dimensão que vão desde 30,97% de respostas positivas⁷ a 73%¹⁰.

Incluir no Plano de Ação das Comissões de Qualidade e Segurança a avaliação/implementação de ações de melhoria para áreas problemáticas, usando técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos; usar as notificações para a melhoria da Segurança do Doente; desenvolver as competências em gestão de risco e promover uma cultura não punitiva, são algumas das sugestões passíveis de implementar nesta área¹⁸.

A “Comunicação e *feedback* face ao erro” apresenta 40% de respostas positivas. À semelhança da dimensão anterior, os valores encontrados nos estudos analisados são variados e também aqui os extremos são encontrados em estudos portugueses com percentual de respostas positivas de 22,42%⁷ e internacionais com 68%¹⁰.

A este respeito, a OMS alerta para a necessidade das instituições de saúde criarem sistemas de relatos de incidentes, com o objetivo de partilhar e aprender com os erros, equacionando soluções para a sua prevenção²⁰.

A dimensão “Dotações de profissionais” é a que apresenta percentual de respostas positivas mais baixo, com um percentual de respostas negativas significativo. O valor é o mais baixo encontrado, comparativamente aos restantes estudos em análise, embora estes também demonstrem fragilidades nesta dimensão^{9,10}.

É uma área a ser melhorada de forma prioritária, adequando os recursos humanos às reais necessidades e exigências do serviço. A dotação adequada de enfermeiros, é um aspeto fundamental para atingir índices de segurança e qualidade dos cuidados de saúde²¹.

A “Resposta ao erro não punitiva” é uma das dimensões que também evidencia fragilidades. Ainda assim, o valor obtido é superior ao de todos os estudos analisados, com exceção de um que apresenta 45% de respostas positivas¹⁰.

Os erros/eventos adversos devem ser identificados, analisados, avaliados e controlados através de medidas corretivas, tornando-se prioritário consciencializar e instigar à notificação dos mesmos, por forma a otimizar a aprendizagem através da identificação e análise do erro²².

As variáveis de resultados englobam duas dimensões, ambas com percentuais de respostas positivas em cerca de 30%, portanto evidenciando a necessidade de melhoria na área.

A dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente” apresenta apenas 34% de respostas positivas, este é o valor mais baixo encontrado. É premente refletir sobre procedimentos e sistemas capazes de prevenir os erros. Identificando áreas problemáticas na Instituição/serviço, incluindo no Plano de Ação das Comissões de Qualidade e Segurança ações de melhoria nestas áreas, de forma a

sensibilizar os profissionais sobre a Segurança do Doente e Cultura de Segurança, fornecendo ferramentas que possibilitem a implementação de projetos de melhoria neste âmbito¹⁸.

A “Frequência da notificação” apresenta um percentual de respostas positivas não muito diferente dos achados em outros estudos nacionais analisados (nenhum apresenta percentual de respostas positivas acima dos 50%), sendo um pouco mais baixo dos resultados dos estudos internacionais que apresentam 67% de respostas positivas¹⁰.

Podemos, pois, referir que esta dimensão deve ser trabalhada a nível nacional. A identificação e análise do erro é crucial para otimizar a aprendizagem e consequentemente promover a melhoria de cuidados²².

Quando questionados sobre o “número de relatórios de eventos/ocorrências” que os profissionais preencheram e entregaram nos últimos 12 meses, 77,2% respondeu “nenhum”. Estes dados corroboram o percentual de respostas positivas encontradas na dimensão “Frequência da notificação” e a necessidade de atuação nesta área.

A instituição onde foi efetuado o estudo disponibiliza aos colaboradores a possibilidade de notificar eventos/ocorrências através de da plataforma HER+, permitindo a notificação e avaliação/análise interna dos mesmos, sendo avaliados pela Comissão de Risco, o que possibilita o processo de análise e a implementação de estratégias para a sua evicção. O desenvolvimento de uma cultura de segurança não punitiva parece ser essencial para a adesão dos profissionais à notificação do erro.

Relativamente à avaliação do “Grau de segurança no seu serviço/unidade” pelos profissionais inquiridos, 59,3% classifica-a como “aceitável”. Os valores obtidos ficam aquém dos encontrados nos restantes estudos analisados. Este achado pode levar-nos a concluir que os profissionais têm consciência que a CS pode ser melhorada. O facto do serviço estudado ser recente pode também justificar estes dados, havendo possibilidade de melhoria nas diferentes áreas analisadas de modo a aumentar progressivamente a qualidade dos cuidados.

A interpretação destes resultados exige, no entanto, a ponderação de algumas reservas: o facto da amostra ter sido selecionada de forma intencional, limitada em termos de número de participantes e em termos de contexto, limitando-se a um serviço de uma instituição em que a categoria dos profissionais médicos não foi contemplada.

Futuramente seria interessante ampliar a amostra do estudo, procurando realizar o mesmo nos outros serviços da instituição e englobar profissionais de saúde de todas as categorias profissionais, no sentido de obter dados mais

conclusivos, representativos e até estabelecer comparações entre si.

Outra das mais valias, seria complementar o presente estudo com um estudo qualitativo que explorasse junto dos profissionais as fragilidades nas dimensões aqui encontradas, de modo a perceber as causas encontradas para as mesmas bem como sugestões de melhoria.

Conclusão

A CSD, sendo uma dimensão da qualidade em saúde, constitui um dos grandes desafios para as organizações de saúde.

Perante a caracterização da CSD no contexto analisado estão identificadas oportunidades que permitirão redesenhar as práticas assistenciais por forma a garantir a excelência profissional.

Analisando os três domínios que compõem a escala, o que apresenta média mais elevada é o domínio da unidade e a média mais baixa é o domínio de variáveis de resultado.

Conclui-se que as 12 dimensões da escala em conjunto não se apresentam como um ponto forte, identificando áreas suscetíveis de melhoria ainda que com diferentes níveis de prioridade.

As dimensões “Apoio à segurança do doente pela gestão” no domínio Hospital, “Dotações de profissionais” no domínio Unidade e a “Frequência da notificação” no domínio Variáveis de resultado, são as que carecem de intervenção mais prioritária.

Em contraste as dimensões “Trabalho em equipa” e “Abertura na comunicação” no domínio Unidade, bem como a dimensão “Transições” no domínio Hospital, apresentaram uma taxa de respostas positivas acima dos 50%.

O presente estudo tinha como um dos principais objetivos caracterizar a CSD percebida pelos profissionais de saúde de uma unidade de internamento recém-formada esperando-se com ele poder contribuir para a promoção de práticas preventivas e promotoras de um ambiente mais seguro, otimizando assim a qualidade dos cuidados, neste contexto.

Agradecimentos

A equipa de investigação manifesta um reconhecido agradecimento a todos os profissionais de saúde que aceitaram participar, de forma voluntária no estudo de investigação pelo contributo na caracterização da CSD no contexto socioprofissional analisado.

Referências Bibliográficas

1. Freitas EMR de. Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: adaptação da nova versão do Hospital Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa [Internet]. repositório.ipl.pt. 2023 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/16675>.
2. Direção-Geral da Saúde. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/02/20/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-do-doente-nos-hospitais/>.
3. Pinto J, Sarnadas L. Tradução e adaptação do Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa. Revista de Enfermagem Referência. 2020 Jan 31;V Série(No 1).
4. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas; 2021.
5. Esteves C, Pinto D. Importância de um Programa de Gestão da Qualidade na Saúde para a Segurança do Doente. In Lidel, editor. Guia Prático para a Segurança do Doente. Lisboa, 2021. p. 41-50.
6. World Health Organization. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. World Health Organization; 2021.
7. Silva RLAP. Cultura de segurança do doente no bloco operatório: subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2272>.
8. Eiras M. Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia. rununlpt [Internet]. 2011; Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>.
9. Chegini Z, Janati A, Afkhami M, Behjat M, Shariful Islam SM. A comparative study on patient safety culture among emergency nurses in the public and private hospitals of Tabriz, Iran. Nursing Open. 2020 Jan 28;7(3):768-75.
10. Famolaro T, Yount ND, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2016. AHRQ Publication No. 16-00121-EF.
11. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Services Research. 2011 Feb 24;11(1).
12. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safety in Health Care. 2003 Dec 1;12(90002):17ii23.
13. Pires S, Ramos S, Barroso F. Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. In Lidel, editor. Guia Prático para a Segurança do Doente. Lisboa, 2021. p. 31-40.
14. Garcia CRF. Cultura de segurança da criança hospitalizada num centro hospitalar da zona centro: perceção dos enfermeiros. [Internet]. 2015; Available from: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/2838>.
15. Freire RN. Perceção dos enfermeiros acerca da cultura de segurança do doente hospitalizado [Internet]. BDEFN. 2017 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1416134>.
16. Chen I-Chi, Li HH. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). BMC Health Services Research. 2010 Jun 7;10(1).

17. Direção-Geral da Saúde. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017: 08.02.2017. [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidad-os-de-saude.pdf>.
18. Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais. Agosto de 2015. [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>.
19. Silva E, Pedrosa D, Leça A, Silva D. Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture. Revista de Enfermagem Referência. 2016 May 27; IV Série(No 9):87–96.
20. Pedroso E, Ramos S, Barroso F. Relato de Incidentes. In: Lidel, editor. Guia Prático para a Segurança do Doente. Lisboa; 2021. p. 135–45.
21. Diário da República nº184/2019, Série II de 2019-09-25, pp. 128-155. Dre.pt. 2021. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.
22. Lima S, Agostinho M, Mota L, Príncipe F. Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. Revista de Enfermagem Referência. 2018 Dec 26;IV Série(19):99–106.

Financiamento

Esta investigação não recebeu nenhuma concessão específica de agências de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovado pelo Comissão de Ética do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, parecer n.º TI n.º 12/2023.

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não há conflitos de interesse em relação à publicação deste artigo.

Apêndices, Anexos e Glossários e outros materiais

Tabela 6. Avaliação da cultura de segurança do doente por cada dimensão

DOMÍNIO HOSPITAL			APOIO À SEGURANÇA DO DOENTE PELA GESTÃO			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
A Direção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	2,92	0,91	28,3	48,3	23,4	0 (0)
As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	2,95	0,88	32,2	39	28,8	1 (1,67)
A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	2,83	0,87	38,3	38,3	23,4	0 (0)

DOMÍNIO HOSPITAL			TRABALHO ENTRE UNIDADES			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	2,82	0,91	36,7	40	23,3	0 (0)
Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	3,18	0,75	18,3	46,7	35	0 (0)
É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	3,63	0,76	6,7	33,3	60	0 (0)
Os Serviços/unidades do Hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	3,40	0,69	8,3	46,7	45	0 (0)

DOMÍNIO HOSPITAL			TRANSIÇÕES			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	2,82	0,98	41,7	31,7	26,7	0 (0)
É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	3,63	0,88	11,7	23,3	65	0 (0)
Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital	3,35	0,78	11,7	43,3	45	0 (0)
As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	3,72	0,90	8,3	28,3	63,4	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			TRABALHO EM EQUIPA			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Neste Serviço/ unidade os profissionais entreejudam-se	3,78	0,67	3,4	25	71,6	0 (0)
Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer	3,65	0,82	10	26,7	63,3	0 (0)
Neste Serviço/unidade as pessoas tratam-se com respeito	3,71	0,65	3,4	28,8	67,8	1 (1,67)
Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio	2,65	0,97	45	35	20	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			EXPECTATIVAS DO SUPERVISOR/GESTOR E AÇÕES QUE PROMOVAM SEGURANÇA DO DOENTE			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	3,45	0,91	16,7	28,3	55	0 (0)
O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	3,40	0,94	18,3	26,7	55	0 (0)
Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	3,10	0,86	23,3	46,7	30	0 (0)
O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorre repetidamente	2,90	0,84	30	50	20	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente	3,57	0,85	10	31,7	58,3	0 (0)
Aqui os erros conduzem a mudanças positivas	3,22	0,74	13,3	51,7	35	0 (0)
Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente	3,50	0,73	11,7	28,3	60	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			COMUNICAÇÃO E FEEDBACK ACERCA DO ERRO			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências	2,90	0,86	33,3	41,7	25	0 (0)
Somos informados acerca dos erros que ocorrem no Serviço/unidade	3,28	0,90	23,3	26,7	50	0 (0)
Neste Serviço/unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer	3,17	1,01	38,3	26,7	45	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			ABERTURA NA COMUNICAÇÃO			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente	3,85	0,89	8,5	16,9	74,6	1 (1,67)
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos	3,60	0,82	8,6	29,3	62,1	2 (3,33)
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo não parece estar certo	3,80	0,97	11,7	23,3	65	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE			DOTAÇÕES DE PROFISSIONAIS			
Itens	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido	2,69	0,95	52,5	22	25,4	1 (1,67)
Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	2,07	0,95	76,7	13,3	10	0 (0)
Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável	3,42	1,09	22	37,3	40,7	1 (1,67)
Trabalhamos em modo crise, tentado fazer muito, demasiado depressa	2,40	0,96	65	18,3	16,7	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE		RESPOSTA AO ERRO NÃO PUNITIVA				
Ítems	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles	3,13	1,02	26,7	36,7	36,7	0 (0)
Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si	3,03	0,88	30	38,3	31,7	0 (0)
Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal	3,40	0,83	10	51,7	38,3	0 (0)

DOMÍNIO UNIDADE		PERCEÇÕES GERAIS SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE				
Ítems	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/ unidade	2,66	1,08	54,2	15,3	30,5	1 (1,67)
Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho	3,15	1,10	35	23,3	41,7	0 (0)
Neste Serviço/unidade temos problemas com a segurança do doente	2,68	0,98	51,7	25	23,3	0 (0)
Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer	3,20	0,85	18,6	40,7	40,7	1 (1,67)

DOMÍNIO UNIDADE		FREQUÊNCIA DA NOTIFICAÇÃO				
Ítems	Média	Desvio-padrão	R. Negativas (%)	R. Neutras (%)	R. Positivas (%)	N Omisso (%)
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?	2,93	1,18	44,8	24,1	31	2 (3,33)
Quando ocorre um evento/ocorrência, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?	2,98	1,08	34,5	36,2	29,3	2 (3,33)
Quando ocorre um evento/ocorrência, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?	3,29	1,08	22,4	39,7	37,9	2 (3,33)