

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Notificação de Incidentes e Eventos Adversos:
perspetiva dos profissionais de saúde numa Unidade
de Saúde Hospitalar**

Autora e Investigador Principal: Catarina Fernandes Baptista Carrilho, nº 2022060

Orientadores: Professora Doutora Anabela Ribeiro (ESSUAlg)

Professora, Mestre e TSDT Especialista Selene Nunes (ESSUAlg e ULS
Algarve)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2024

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: perspetiva
dos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde
Hospitalar**

Autora e investigadora principal: Catarina Fernandes Baptista Carrilho, nº 2022060

Orientadores: Professora Doutora Anabela Ribeiro (ESSUAlg)

Professora, Mestre e TSDT Especialista Selene Nunes (ESSUAlg)

Júri

Presidente: Doutor Rui Plácido Raposo (ESSUAlg)

Arguente: Especialista Ana Marinho Diniz (ULS S.José)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2024

“Nothing in life should be feared, only understood. Now is the time to understand more to fear less.”

Marie Curie

Agradecimentos

Um agradecimento especial às minhas orientadoras pelo apoio incondicional e pela disponibilidade demonstrada.

Ao João pela paciência, carinho e amor demonstrados, e por ter entrado comigo neste desafio.

Aos meus pais e irmã por todo o apoio que me tem dado, não só nesta fase, como ao longo da minha vida.

Índice Geral

Agradecimentos	IV
Índice Geral.....	V
Índice de Tabelas	VI
Índice de Figuras.....	VI
Siglas e abreviaturas.....	VIII
Resumo.....	IX
Abstract	X
Introdução.....	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico.....	4
1.1 - Qualidade em Saúde	4
1.2 - Segurança do doente e Gestão do Risco Clínico.....	7
1.2.1 - Cultura de Segurança.....	9
1.2.2 – Gestão Risco Clínico	11
1.3 - Incidentes e Eventos Adversos.....	13
1.3.1 – Sistema de Notificação de Incidente e Eventos Adversos	16
2 - Metodologia do Estudo.....	21
2.1- Objetivos da Investigação	21
2.2 – Tipo de Estudo.....	22
2.3 - Instrumento de recolha de dados	22
2.4 – Variáveis em estudo	27
2.5 - Local de estudo, população e amostra.....	27
2.6 – Análise Estatística	28
2.7 - Questões Éticas	29
3 – Resultados	30
4 - Discussão dos resultados	45
4.1 - Limitações do estudo.....	52
5 – Conclusão	53
Referências Bibliográficas	55
ANEXOS.....	60

Índice de Tabelas

Tabela 2-1 - Correspondência dos objetivos às questões aplicadas e justificação das questões adicionadas	244
Tabela 2-2 -Coeficiente de consistência interna global (α - Cronbach) relativo aos 44 itens presentes no questionário.....	266
Tabela 3-1 - Distribuição dos grupos e números dos profissionais de saúde dos três hospitais públicos integrados na ULSALG - adaptado de Número de Funcionários – CH Algarve (min-saude.pt).....	30
Tabela 3-2 - Caracterização dos inquiridos por Género e Categoria profissional	31
Tabela 3-3 - Caracterização dos inquiridos por Categoria profissional e local de aquisição de formação sobre a temática	33
Tabela 3-4 - Número de notificações nos últimos 12 meses por categoria profissional.....	37
Tabela 3-5 - Possíveis Incidentes/eventos adversos e respetiva notificação	39
Tabela 3-6 - Fatores apontados para a não notificação de incidentes e eventos adversos	41

Índice de Figuras

Figura 1-1 - Os 5 Pilares do PNSD 2021-2026	7
Figura 1-2 - Características de sistemas de notificação bem-sucedidos.....	188

Índice de Gráficos

Gráfico 3-1 - Caracterização dos inquiridos por tempo a exercer funções na instituição	342
Gráfico 3-2 - Caracterização dos inquiridos relativamente ao Serviço Hospitalar	32
Gráfico 3-3 – Conhecimento dos inquiridos sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar por categoria profissional.....	34
Gráfico 3-4 - Conhecimento dos inquiridos sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar por categoria profissional.....	34
Gráfico 3-5 - Número de notificações nos últimos 12 meses.....	36
Gráfico 3-6 - Frequência de notificação tendo em consideração a gravidade para o doente.....	38

Gráfico 3-7 - Perspetiva dos inquiridos sobre a instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais sobre o tema segurança do doente.....	42
Gráfico 3-8 - Distribuição das categorias profissionais face à perspetiva dos profissionais acerca da instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização dos profissionais para o tema da segurança do doente.....	43
Gráfico 3-9 - Perspetiva dos inquiridos sobre a cultura organizacional da instituição em relação à segurança do doente.....	43
Gráfico 3-10 - Perspetiva dos inquiridos sobre o grau de segurança do doente no serviço hospitalar.....	44

Siglas e abreviaturas

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde do Algarve

CA – Conselho de Administração

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CISD - Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CMR SUL - Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul

DGS – Direção-Geral de Saúde

EA – Evento Adverso

EUA - Estados Unidos da América

GGR – Gabinete de Gestão do Risco

IOM - Institute of Medicine

NOTIFICA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SGQ – Sistemas de Gestão da Qualidade

SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SRI - Sistema de Registo de Incidentes

TSDT - Técnico superior de diagnóstico e terapêutica

ULSALG – Unidade Local de Saúde do Algarve

Resumo

Introdução: A segurança do doente é um pilar fundamental na qualidade dos cuidados de saúde. Uma das estratégias para promover a segurança dos doentes passa pela divulgação de erros e respetivos danos que afetaram os doentes, sendo recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação, com o intuito de promover a aprendizagem a partir dos erros e a subsequente implementação de medidas de melhoria.

Objetivo: Analisar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e segurança do doente nos três hospitais públicos, integrados na Unidade Local de Saúde do Algarve.

Metodologia: É um estudo de abordagem quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Foi aplicado um questionário a todos os profissionais da instituição hospitalar, entre fevereiro e março de 2024.

Resultados: Foram inquiridos 192 profissionais de uma população de 4079 elementos das várias categorias profissionais. Nos últimos 12 meses, 56,8% dos profissionais não fizeram nenhuma notificação. Os principais fatores para a não notificação foram a falta de conhecimento e formação, falta de tempo e medo de represálias. Cerca de 38% dos inquiridos discorda que a instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização sobre a segurança do doente.

Discussão: A educação, formação, sensibilização e desenvolvimento pessoal de todos os profissionais são elementos essenciais para uma cultura de segurança, assim como para a melhoria contínua da prestação de cuidados. A falta de formação pode levar à subnotificação de eventos adversos e à falta de consciencialização sobre a sua importância para a melhoria contínua.

Conclusão: Este estudo sublinha a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada, onde todos os níveis da organização, estejam comprometidos com a segurança do doente. A promoção de um ambiente de trabalho seguro, o desenvolvimento de políticas eficazes, são essenciais para garantir cuidados de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde, Segurança do Doente, Eventos Adversos, Sistema de Notificação de Eventos Adversos

Abstract

Introduction: Patient safety is a fundamental pillar in the quality of healthcare. One of the strategies to promote patient safety is to publicize errors and the damage they have caused to patients, and it is recommended that reporting systems be developed to promote learning from errors and the subsequent implementation of improvement measures.

Objective: To analyze the perspective of healthcare professionals on the reporting of incidents and adverse events and patient safety in the three public hospitals that are part of the Algarve Local Health Unit.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study. A questionnaire was administered to hospital staff between February and March 2024.

Results: 192 professionals were surveyed out of a population of 4079 members of the various professional categories. In the last 12 months, 56,8% of professionals had not reported anything. The main factors for not notifying were lack of knowledge and training, lack of time and fear of reprisals. Around 38% of respondents disagreed that the institution provides adequate time, resources and means for training and awareness-raising on patient safety.

Discussion: Education, training, sensitization and personal development of all professionals are essential elements for a culture of safety, as well as for continuous improvement in the provision of care. Lack of training can lead to under-reporting of adverse events and lack of awareness of their importance for continuous improvement.

Conclusion: This study highlights the need for a comprehensive and integrated approach where all levels of the organization are committed to patient safety. Promoting a safe working environment and developing effective policies are essential to ensuring quality healthcare.

Keywords: Healthcare Quality, Patient Safety, Adverse Events, Adverse Event Reporting System

Introdução

A segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, além de contribuir para a confiança dos cidadãos relativamente aos sistemas de saúde. Na realidade, um dos direitos fundamentais dos cidadãos é precisamente o acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo-lhes reconhecida toda a legitimidade para exigirem essa mesma qualidade aquando da sua prestação. Apesar de serem raros, os incidentes que ocorrem no momento da prestação dos cuidados de saúde abarcam consequências significativas globais, tanto para os doentes como para os seus familiares, afetando não só uma dimensão humana e emocional, como também impactam a reputação do sistema de saúde, podendo acarretar diversas consequências económicas (1).

Cada serviço de prestação de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema complexo que requer a gestão de vários componentes desde diagnósticos e tratamentos, bem como aspetos humanos e organizacionais. Considerando especificamente na gestão do risco em cuidados de saúde, esta consiste num processo coletivo, contínuo e sistemático que objetiva garantir a segurança dos doentes, tal como prevenir a ocorrência de incidentes. Por conseguinte, esta gestão envolve a identificação e avaliação de riscos, assim como a implementação de medidas preventivas e corretivas. De facto, a maioria dos incidentes não se deve à falta de competências técnicas por parte dos profissionais, mas sim a problemas na organização, coordenação e comunicação, o que reflete, por sua vez, uma cultura de segurança deficiente e a inexistência de políticas que visem a identificação de determinados riscos (1).

Uma das estratégias para promover a segurança dos doentes está relacionada com a divulgação dos erros e dos respetivos danos que afetaram os doentes. Neste contexto, é recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação, com o intuito de promover a aprendizagem a partir dos erros e a subsequente implementação de medidas que visem a melhoria contínua. Além disso, é também importante assegurar a confidencialidade do notificador e o anonimato da informação notificada, no sentido de se criar um ambiente confortável para a notificação, sem qualquer receio de punições ou represálias. De igual modo, é também essencial fornecer informações de retorno ao notificador sobre a análise da notificação, juntamente com evidências da eficácia das medidas implementadas nesse seguimento. É fundamental entender que apenas a notificação de incidentes e eventos adversos não melhora a segurança, é a resposta às notificações que leva à mudança. Isso visa garantir que as causas dos incidentes sejam identificadas, analisadas e evitadas no futuro (2).

De facto, no contexto da saúde é crucial compreender que tipo de eventos adversos ocorrem e com que frequência. O principal desafio reside precisamente na falta de notificação por parte dos profissionais de saúde, visto que muitos desses eventos não resultam em danos significativos para os doentes. Assim, torna-se bastante difícil identificar a sua frequência, a sua natureza e as suas consequências, a menos que exista uma cultura de notificação estabelecida na organização (3). Neste contexto, os profissionais de saúde referem algumas barreiras para a aceitação dos sistemas de notificação, destacando-se o medo de uma eventual punição, a falta de tempo para notificar, a dificuldade no entendimento do que constitui um incidente e a perceção de inutilidade do sistema, especialmente quando o feedback é inexistente ou insuficiente por parte da instituição. Como medidas de incentivo à implementação dos sistemas de notificação, os profissionais de saúde referem a rápida introdução de medidas corretivas e a informação de retorno para quem faz as notificações (4).

É importante salientar que a promoção de uma cultura de segurança é muito mais do que uma simples opção; é uma necessidade imperativa que recai sobre todos os profissionais de saúde, assim como nos órgãos de gestão e liderança das instituições (5), onde os sistemas de notificação assumem um papel vital na melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

Como profissional de saúde tem sido uma preocupação crescente a temática da segurança do doente, como base indissociável da qualidade dos cuidados de saúde prestados àqueles que mais precisam. Perante isto, surge a importância e relevância deste projeto, uma vez que as particularidades dos vários ambientes de trabalho podem ter desafios específicos que condicionem a notificação de incidentes e eventos adversos, sendo por isso importante investigar esses fatores para implementação de estratégias eficazes de melhoria. Por conseguinte, a análise da perspetiva dos profissionais de saúde é crucial para promover mudanças nos seus comportamentos e melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

É precisamente nesta perspetiva, e no âmbito do mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, que surge este projeto, intitulado: *Notificação de incidentes e eventos adversos: Perspetiva dos profissionais de saúde numa unidade de saúde hospitalar.*

Definiu-se como objetivo geral:

- Analisar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e segurança doente nos três hospitais públicos (Faro, Portimão e Lagos), integrados na Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG).

Como objetivos específicos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos;
- Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde;
- Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde tendo em conta as consequências para o doente;
- Identificar os principais incidentes e eventos adversos notificados;
- Identificar os principais fatores que contribuem para a não notificação de incidentes e eventos adversos;
- Identificar o grau de segurança atribuído à instituição e à cultura organizacional.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1 - Qualidade em Saúde

A definição do conceito de qualidade não é consensual, visto que existem várias perspetivas diferentes acerca deste termo, apresentadas por gestores, políticos, prestadores de cuidados de saúde e utentes. No léxico da língua portuguesa este conceito é descrito como sendo a característica ou estado inerente a uma pessoa ou objeto que a distingue dos demais; valor; distinção; padrão elevado. Nesta perspetiva, ao longo da história, a humanidade tem procurado de forma contínua alcançar as melhores condições possíveis para satisfazer as suas necessidades. De facto, este desejo pelo aperfeiçoamento e pela inovação impulsionou uma força interior na procura pela melhoria contínua (6).

A qualidade na área da saúde é atualmente reconhecida como uma exigência de todos os indivíduos envolvidos na prestação dos cuidados. Contudo, esta afirmação não reflete as dificuldades e o longo trajeto na evolução da qualidade em saúde, quer em termos de conceitos, quer de evolução metodológica. No concernente aos conceitos, a sua evolução tem levado à proposta de diferentes definições, que refletem não só as diferentes perspetivas de abordagem por parte de vários autores, como também a necessidade de adaptar os conceitos de qualidade, que provêm originalmente da indústria, para atender às particularidades do setor da saúde. Efetivamente, a qualidade na saúde engloba algumas características que a distinguem dos restantes setores, designadamente (7):

- Engloba a satisfação e a redução das necessidades dos doentes, não respondendo apenas à procura dos doentes através da prestação de mais serviços;
- Compreende uma abordagem proativa, focada na prevenção e na resposta às necessidades dos doentes, e não na procura por novas oportunidades de mercado;
- Abrange atributos cruciais como a eficiência, a efetividade, a aceitabilidade e a equidade, não exigindo somente a aceitabilidade enquanto requisito principal.

Em 1990, o Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*) preconizou que “*A qualidade dos cuidados de saúde é o grau em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente*” (8).

Posteriormente, no ano de 1997 o Departamento de Saúde do Reino Unido propôs uma definição distinta, referindo que a qualidade na área da saúde remete para “*Fazer a coisa certa, no momento certo, para a pessoa certa e fazê-lo corretamente à primeira vez*” (9), sendo que Campos, et al. (10) acrescentaram: “*no local certo ao menor custo*”. Estes últimos autores citam uma proposta apresentada pelo Programa Ibérico em 1990, que se refere à qualidade dos cuidados de saúde como sendo uma “*prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenham em conta os recursos disponíveis e consigam a adesão e satisfação dos utentes*”, incluindo a promoção da saúde e a prevenção da doença na prestação de cuidados (10).

Apesar da sua complexidade, o conceito de qualidade pode ser mais claro e objetivo, ao identificar as principais dimensões englobadas, as quais permitem discriminar melhor as várias áreas de intervenção (10).

Importa mencionar a Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresenta um grupo de dimensões que serve de base para a construção de indicadores de qualidade (11), mais precisamente:

Efetividade – prestação de serviços de saúde baseados em evidências para aqueles que podem beneficiar destes;

Segurança – evitar danos às pessoas a quem se destinam os cuidados de saúde;

Centralização no doente – respeito pelo doente, considerando as suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por estes valores;

Oportunidade/Acesso – redução do tempo de espera e, por vezes, de atrasos prejudiciais;

Eficiência – otimizar os benefícios dos recursos disponíveis e evitar desperdícios;

Equidade – prestação de cuidados que não variem de qualidade em função de características como género, etnia, localização geográfica e nível socioeconómico;

Continuidade/Integrado – prestação de assistência que disponibilize toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida

Embora exista um consenso em relação ao que são as dimensões da qualidade em saúde, cada país tenderá a ter a sua própria interpretação ou definição da qualidade, adaptada às suas necessidades e contextos específicos. Reconhecer a importância de contextualizar a qualidade é fundamental, pois permite reconhecer áreas prioritárias e desenvolver políticas e estratégias que respondam às reais necessidades locais. Ao adaptar as definições e metas da qualidade ao

contexto nacional, permite assegurar que as soluções propostas são relevantes e alinhadas com o contexto cultural, económico e social de cada país (12).

Por outro lado, para que se possa promover a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos doentes é crucial adotar uma abordagem sistemática que envolva a participação dos prestadores de cuidados de saúde, dos decisores políticos, dos administradores e dos próprios doentes. Além disso, a avaliação e a monitorização dos serviços de saúde são elementos essenciais para que se possam identificar as áreas a melhorar, assim como medir o desempenho e o progresso ao longo do tempo (13). Por conseguinte, a implementação de mecanismos rigorosos e sistemáticos para a avaliação dos cuidados prestados permite que as organizações de saúde identifiquem potenciais riscos, implementando, à posteriori, medidas preventivas e de promoção de melhorias contínuas (14).

A participação dos doentes ao longo de todo o processo de tomada de decisão é extremamente importante, visto que o objetivo é prestar cuidados centrados no doente e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Assim, a sua participação permite uma melhor compreensão das suas necessidades e preferências, o que contribui para cuidados de saúde mais eficazes e adequados (13).

Em Portugal, existe uma constante motivação para implementar sistemas de melhoria da qualidade de forma consistente, uma vez que o financiamento é realizado através do Orçamento do Estado, aprovado anualmente pelo Parlamento. A implementação da qualidade nos cuidados de saúde, assim como o seu contributo para a segurança dos doentes, é orientada pelo Ministério da Saúde que criou no âmbito da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Departamento da Qualidade na Saúde, com o intuito de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a qual integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD). De forma geral, este plano define os objetivos estratégicos, as ações e as metas para a promoção da segurança dos doentes, assim como para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no país (5).

O mais recente PNSD 2021-2026 engloba o conhecimento mais atual no âmbito da segurança do doente, objetivando a mobilização e o incentivo para a participação de vários intervenientes na área da saúde, como os decisores políticos, os gestores de saúde, as lideranças intermédias, as estruturas responsáveis pela área da qualidade, os profissionais de saúde e os próprios doentes e suas famílias. Mais concretamente, o PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares (Figura 1-1), com objetivos estratégicos que visam o estabelecimento de um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente (5).

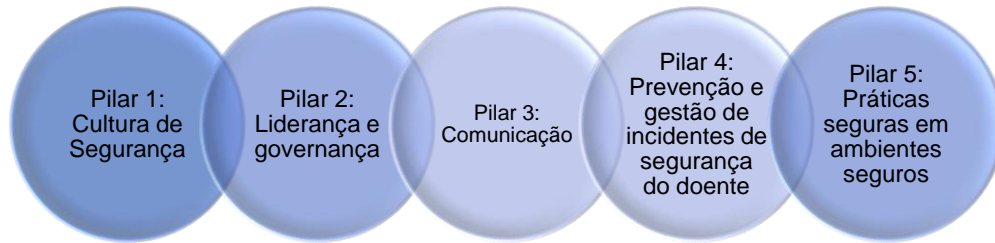


Figura 1-1 - Os 5 Pilares do PNSD 2021-2026

Deste modo, a qualidade nos cuidados de saúde desempenha um papel crucial na melhoria contínua, na segurança dos doentes e na obtenção de melhores resultados na área da saúde.

1.2 - Segurança do doente e Gestão do Risco Clínico

A segurança do doente como componente essencial da qualidade em saúde, assumiu especial relevância nos últimos anos, tanto para os doentes e seus familiares, que desejam confiança e segurança, como para os profissionais de saúde, cuja responsabilidade principal remete para a prestação de cuidados de saúde com um nível elevado de eficiência e efetividade, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. As falhas ao nível da segurança do doente podem ter diversas implicações nas organizações de saúde, nos profissionais de saúde e, principalmente, nos doentes, nomeadamente no que diz respeito à perda de confiança dos doentes nas organizações, nos profissionais de saúde e a consequente degradação das suas relações, ao aumento dos custos sociais e económicos e a redução da possibilidade de alcançar os resultados desejados/esperados. Assim sendo, a principal prioridade é o conhecimento epidemiológico dos eventos adversos, tal como o desenvolvimento, a implementação e posterior avaliação de soluções para a melhoria da segurança do doente (15).

Grande parte deste desenvolvimento pode ser atribuído ao relatório do IOM publicado no ano de 2000, intitulado “*To err is human: Building a safer health system*”, que revelou estatísticas impactantes, como é o caso da estimativa de 48.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos da América (EUA) devido a erros médicos, sendo que muitos deles poderiam ter sido evitados. Do ponto de vista económico, os custos associados a estas situações variam entre 17 e 29 bilhões de dólares por ano (16). Sousa et al. (17) descrevem uma situação similar em Portugal, registando a ocorrência de 11,1% de incidentes/eventos adversos em internamentos hospitalares, e cuja metade poderia ter sido evitada. Esta ocorrência resultou num aumento

significativo do número de dias de internamento e, por conseguinte, aumentou os custos associados (17).

Fragata e Martins (18) estimaram que existiam entre 1.330 e 2.900 mortes anualmente devido a erros associados à prestação de cuidados médicos, sendo que os “cuidados médicos” englobam todos os cuidados prestados por equipas multidisciplinares, não se limitando, portanto, a médicos (18). Assim, e de modo a melhorar os níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde, várias organizações científicas e internacionais, como é o caso da OMS e da União Europeia (UE), recomendam que os Estados Membros avaliem a cultura de segurança e promovam mudanças comportamentais nos profissionais e nas organizações que prestam serviços de saúde (19).

Efetivamente, a OMS reconheceu a importância deste tema, tendo estabelecido a *World Alliance for Patient Safety* em 2004 com o objetivo de orientar programas de segurança a nível internacional, e em 2009 publicou um documento com a *Classificação Internacional para a Segurança do Doente – CISD*, de forma a criar uma linguagem universal e possibilitar a comparação de dados entre as diversas organizações de saúde, com o intuito de se analisarem estratégias e se desenvolverem medidas que garantam a segurança do doente (20). Em 2021 na 74ª Assembleia Mundial da Saúde foi adotado um plano de ação global de segurança do doente com a visão de "um mundo em que ninguém seja prejudicado nos cuidados de saúde e todos os doentes recebam cuidados seguros e respeitosos, a qualquer hora, em todos os lugares". O objetivo deste plano de ação passa por fornecer orientações estratégicas para todas as partes interessadas a fim de eliminar danos evitáveis nos cuidados de saúde e melhorar a segurança do doente, por meio de ações políticas sobre segurança e qualidade dos serviços de saúde. Este plano fornece uma estrutura para os países desenvolverem os seus respetivos planos de ação nacionais, e permite alinhar os instrumentos estratégicos existentes para a melhoria da segurança do doente (21).

Em Portugal, a DGS define segurança do doente como sendo “a *redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável*” (20). Esta linha de pensamento é congruente com a emanada pela OMS, reconhecendo que as prestações de cuidados de saúde englobam em si risco de danos, os quais podem ser evitados, mas não totalmente eliminados. No entanto, é imperativo reduzir esses riscos a um mínimo aceitável, tendo em consideração diversos fatores inerentes à prestação dos cuidados de saúde, como o conhecimento atual, os recursos disponíveis, o contexto em que os cuidados são prestados e a avaliação ética do risco *versus* benefício do tratamento ou não tratamento (22). Logo, a

segurança do doente remete para a redução dos atos inseguros no decorrer da prestação dos cuidados de saúde e para a utilização das melhores práticas, com o intuito de se alcançarem os melhores resultados possíveis para o doente (23).

É importante acrescentar que a segurança do doente não depende apenas de uma pessoa ou departamento, resulta do conhecimento de todo um sistema complexo que interage entre si e da gestão do risco clínico. Dado que o risco é inerente a toda a instituição, é vital estabelecer uma política operacional sistematizada de forma a diminuir o risco e a aumentar a segurança do doente. Na maioria dos casos, os incidentes não resultam de um ato isolado ou de uma pessoa, mas sim de um conjunto de processos e dos próprios serviços. Assim, é fundamental analisar todos os fatores, não só relativamente aos aspetos pessoais, como também aos aspetos estruturais (instalações e equipamentos) e de padronização de procedimentos (24).

Dentro deste paradigma, a segurança do doente desempenha um papel crucial na qualidade dos cuidados de saúde, especialmente no que diz respeito ao compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria contínua na qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização. De facto, a cultura de segurança é essencial para a redução de incidentes aquando da prestação de cuidados de saúde, proporcionando um ambiente seguro para os profissionais de saúde e, conseqüentemente, para os doentes. Atualmente, a inclusão dos doentes, familiares e cuidadores na cultura de segurança é cada vez mais relevante, tal como a literacia em saúde (5).

1.2.1 - Cultura de Segurança

O conceito de cultura de segurança não surgiu completamente formado podendo ter várias e diferentes interpretações, dependendo da perspetiva em que é abordado. No Glossário de Conceitos e Referências de Segurança do Doente, a cultura de segurança é definida como sendo *“um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados”* (20). Deste conceito, podemos compreender que uma cultura de segurança varia consoante a organização, sendo influenciada pelo comportamento individual de cada indivíduo, assim como pelas políticas de segurança estabelecidas na própria organização. A cultura de segurança está intrinsecamente relacionada com os valores, crenças e convicções de cada indivíduo, tal como com a dinâmica do grupo que constitui a organização.

Assim, a cultura de segurança integra uma cultura mais abrangente: a cultura organizacional (22).

A promoção de uma cultura de segurança é mais do que uma mera opção, pois é uma necessidade imperativa da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, órgãos de gestão e lideranças das instituições. De facto, a liderança detém um papel crucial neste processo, criando uma cultura institucional que prioriza a segurança dos doentes, o que pressupõe, por sua vez, a promoção da confiança e abertura para a identificação das fragilidades do sistema, além de uma resposta transparente aos desafios inerentes à prestação de cuidados de saúde. Além disso, é importante desenvolver uma cultura de aprendizagem com os erros, promover o trabalho em equipa e oferecer apoio e valorização aos profissionais de saúde, enquanto se mantém um equilíbrio entre a responsabilização e a não culpabilização. A promoção de um ambiente livre de culpa, no qual os profissionais de saúde sejam capazes de notificar os incidentes sem qualquer receio de punição. No fundo, todos estes requisitos são fundamentais para se estabelecer uma cultura de segurança, tendo sempre presente que o doente está no centro dos cuidados e do próprio sistema (5).

Um dos principais pilares para a promoção de cuidados de saúde seguros é a comunicação eficaz e eficiente, sendo que vários estudos demonstram que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares é vital na prevenção de eventos adversos (5). No entanto, a promoção da segurança do doente pressupõe também uma participação ativa do mesmo no processo de tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde (25). Ora, tal proatividade implica a integração consciente e informada do doente, especialmente no que diz respeito às ações que podem afetar a sua segurança. Tal participação ativa pode ocorrer através de ações solicitadas pelo próprio sistema/serviço de saúde ao doente ou pela mobilização dos doentes para a promoção e melhoria da segurança dos cuidados de saúde (26).

As organizações que detêm uma cultura de segurança positiva são caracterizadas como tendo uma comunicação suportada por uma confiança mútua, por perceções partilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas implementadas (27).

A DGS em Portugal com o objetivo de promover, avaliar e monitorizar a cultura de segurança do doente nos hospitais portugueses emitiu a Norma DGS nº 005/2018 a 20 de fevereiro de 2018, através da qual as instituições hospitalares devem avaliar a cultura de segurança por meio de um questionário a preencher por todos os profissionais e colaboradores, de forma a avaliar a perceção dos profissionais sobre a segurança do doente, identificar áreas de melhoria e

estabelecer indicadores para monitorização da evolução da cultura de segurança. Esta norma foi atualizada a 10 de janeiro de 2020 refletindo o compromisso pela melhoria contínua da segurança do doente (28).

1.2.2 – Gestão Risco Clínico

O conceito de gestão do risco clínico surge da necessidade humana de controlar a imprevisibilidade quotidiana, referindo-se ao processo de identificação do risco, avaliação e mitigação dos riscos relacionados com a prestação dos cuidados de saúde (29). Engloba ainda, a implementação de estratégias e de medidas para garantir a segurança dos doentes, prevenir erros médicos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde (30).

A gestão do risco clínico é especialmente importante em ambientes de saúde, nomeadamente nos hospitais, onde os doentes são expostos a uma variedade de riscos, incluindo erros de medicação, infeções hospitalares e complicações durante os procedimentos médicos (31). É precisamente através da identificação e avaliação desses riscos que os profissionais de saúde podem implementar medidas preventivas e corretivas, assim como protocolos de segurança para minimizar a ocorrência de eventos adversos e melhorar os resultados dos doentes (29). Além disso, a gestão do risco clínico implica uma comunicação eficaz entre os membros da equipa, a padronização dos processos e a implementação de diretrizes baseadas em evidências, de modo a garantir a consistência e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, reduzindo, assim, a variabilidade e o risco de erros (32)(33).

No que concerne às responsabilidades na gestão do risco, estas são de todos, visto que todos os profissionais são responsáveis pela prevenção de incidentes e pela promoção da segurança. Quanto ao órgão de gestão da Unidade de Saúde, a este cabe a criação de estruturas de gestão de risco, delegando competências ao nível da gestão intermédia, assim como a nomeação de um núcleo executivo multidisciplinar para liderar a gestão do risco, que terá a responsabilidade de operacionalizar a política de gestão de risco em colaboração com todos os responsáveis pelos serviços e profissionais de saúde. Além disso, para que a gestão do risco seja dinâmica e abrangente, integrando a prática quotidiana de todos os profissionais, é fundamental criar uma equipa de interlocutores para a gestão local do risco, que são os atores principais neste processo de envolvimento total. A gestão do risco assenta em quatro pilares essenciais, designadamente (34):

- **Sistema de Registo de Incidentes -SRI**
- Identificação e Avaliação de Risco
- Monitorização de Incidentes de Segurança do Doente
- Auditoria como Instrumento de Melhoria

A ULSALG possui um gabinete de Gestão de Risco (GGR) constituído por uma equipa multidisciplinar e que tem dependência direta do Comissão da Qualidade e do Conselho de Administração (CA), sendo responsável pela receção e tratamento de todas as notificações efetuadas. Analisa as causas, o nível de risco, estabelece contacto com o notificador (caso este não seja anónimo) e com os elos de ligação dos serviços, nomeadamente os Enfermeiros Gestores, TSDT Coordenadores, Diretores de Serviço, Diretores de Departamentos para solicitar esclarecimentos adicionais caso seja necessário. Sugere a implementação de ações corretivas e/ou de melhoria em articulação com os serviços, bem como a elaboração e implementação de normas de procedimentos hospitalares. Também elabora e envia ao CA pareceres técnicos sobre as diferentes problemáticas, bem como relatórios anuais de atividades de gestão de risco que são disponibilizados internamente. O GGR é ainda responsável pela formação e esclarecimentos de dúvidas relativas à notificação. Assegurando deste modo, um fluxo constante de informação e conhecimento para conduzir à mitigação dos riscos, redução dos níveis de danos evitáveis e à melhoria na segurança dos cuidados (35). O grupo é composto por uma equipa que integra a Coordenadora Técnica Superior, um médico, um TSDT, um farmacêutico, um enfermeiro, um técnico de higiene e segurança no trabalho, um técnico de informática e um engenheiro do Serviço de Instalações e Equipamentos. A constituição do grupo é idêntica tanto em Faro como em Portimão. No Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMR Sul) a equipa inclui um médico, um enfermeiro e um fisioterapeuta. Importa referir que os profissionais do GGR não se dedicam exclusivamente a este trabalho, acumulam funções com as responsabilidades laborais.

Para que a gestão do risco clínico seja eficaz, é importante que o sistema de notificação de incidentes implementado seja também ele eficaz (36). De facto, a abordagem do risco clínico deve ser realizada de modo a identificar e aceitar a falha como crítica construtiva, e que futuramente poderá evitar o erro, ao invés de ser considerada como um ato a punir. Na realidade, mais importante do que identificar quem errou, é tentar compreender porque é que o sistema falhou, quais os fatores que condicionaram as circunstâncias adversas e determinar as ações necessárias para evitar repetições do erro no futuro (34). A gestão do risco clínico visa também avaliar o que foi poupado com a redução do risco ou dos custos associados a possíveis riscos,

tendo em consideração que a ocorrência de eventos adversos, erros e incidentes representa uma fonte de prejuízo financeiro e de encargos para os serviços de saúde (36).

No caso de Portugal, a gestão do risco adquiriu maior visibilidade após a implementação de programas de acreditação nas instituições de saúde. O manual de acreditação do *Health Quality System*, com origem no Reino Unido, foi implementado em 2003, procedendo à solidificação progressiva da adoção dos conceitos de gestão do risco clínico no contexto da saúde (37).

Também a revisão da NP EN ISO 9001:2015 (requisitos para sistemas de gestão da qualidade (SGQ)) especifica o conceito de pensamento baseado em risco que estava implícito nas revisões anteriores, determinando os riscos como suporte do planeamento e aplicado à implementação dos processos do SGQ. A organização deve planear ações para tratar os riscos e oportunidades de melhoria. O propósito do SGQ é servir como ferramenta preventiva, em que conceito de ação preventiva é expresso através da utilização do pensamento baseado em risco, evitando entregar um produto ou serviço não conforme ao cliente e de não o satisfazer (38).

1.3 - Incidentes e Eventos Adversos

Os incidentes e eventos adversos estão diretamente associados à segurança do doente, remetendo para conceitos que têm evoluído ao longo do tempo e em paralelo com estudos realizados na área da saúde. A compreensão destas situações permite a identificação, prevenção e gestão de riscos, assegurando, por sua vez, a qualidade dos cuidados de saúde prestados. De acordo com a DGS (20), estes conceitos são definidos do seguinte modo:

- **Incidente de Segurança do Doente** – um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, num dano desnecessário para o doente. Um **incidente** pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).
- **Quase evento** – é um incidente que não impactou o doente.
- **Evento sem danos** – um incidente em que um evento impactou o doente, mas não resultou em danos discerníveis.
- **Incidente com danos/Evento adverso** – um incidente que resulta em danos para o doente.

Outro conceito importante nesta abordagem é o de **Erro**, que remete para uma falha na execução de uma ação planeada de acordo com o expectável ou o desejado, ou para um desenvolvimento incorreto de um plano previamente estabelecido (20). Na realidade, o erro é uma componente indissociável da condição humana, representando uma oportunidade de aprendizagem e de aperfeiçoamento. Tendo em consideração que errar é humano, e que os profissionais de saúde são, acima de tudo, seres humanos, é extremamente relevante analisar os tipos e mecanismos dos erros, com o intuito de os evitar, prevenir e corrigir.

Efetivamente, existem vários modelos que objetivam explicar a origem dos erros, sendo que todos eles convergem para uma origem multifatorial, com foco em duas dimensões principais: o indivíduo e o sistema. De acordo com o psicólogo James Reason, na *Abordagem no Indivíduo*, o foco reside no indivíduo que cometeu o erro, sendo que a culpa é-lhe atribuída e o erro é interpretado como resultado de uma negligência, desatenção ou imprudência. Já na *Abordagem Baseada no Sistema*, reconhece a falibilidade como parte da condição humana, no entanto o erro é considerado como sendo o resultado de falhas do sistema em que opera. Assim, nesta segunda abordagem a questão reside no porquê e no como o erro ocorreu, ao invés de se questionar quem errou, focando-se na compreensão das circunstâncias sob as quais o erro ocorreu e quais as medidas a implementar para prevenir futuras ocorrências (39).

O erro em medicina não deve ser considerado apenas a partir de uma perspetiva individual, nomeadamente enquanto falha humana, mas sim como uma consequência de vários fatores organizacionais. Diversos estudos concentram-se na investigação de eventos adversos, bem como naqueles que poderiam ter sido evitados, e enfatizam a investigação da psicologia do erro humano, preconizando que a sua compreensão pode contribuir para antecipar e reduzir a ocorrência de erros. Além disso, é importante referir que o termo “Segurança dos Doentes” está frequentemente associado à prevenção de erros na Medicina. Porém, não se deve limitar a pesquisa apenas ao erro, visto que é importante considerar todas as causas de danos, como as infeções hospitalares, as complicações cirúrgicas, as reações adversas a medicamentos e equipamentos, entre outros danos que podem ocorrer em contexto hospitalar. Logo, o principal objetivo da Segurança do Doente remete para a prevenção e redução dos danos, para além da prevenção e eliminação dos erros (36).

Considerando o conhecimento e a divulgação dos números de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde, alguns países europeus e os EUA desenvolveram estudos retrospectivos baseados em registos clínicos com o intuito de compreender a dimensão e magnitude dos problemas existentes nos seus hospitais (36).

Mais precisamente, em 2000 o *British Adverse Events Study*, efetuou um estudo retrospectivo em dois hospitais do Reino Unido, no qual determinou que a percentagem de eventos adversos nos 1014 registos clínicos analisados foi de cerca de 11,7%, dos quais 48% seriam evitáveis. Deste grupo, cerca de 20% dos eventos adversos estavam relacionados com cirurgias, enquanto 10% remetiam para diagnósticos errados. Em média, cada evento adverso resultou num internamento hospitalar adicional de 8,5 dias (40).

Já num estudo desenvolvido em Massachusetts, EUA, procedeu-se à análise de 11 hospitais, concluindo-se que 23,6% das 2809 admissões hospitalares apresentaram pelo menos um evento adverso. Dos 978 eventos adversos, cerca de 22,7% eram evitáveis, enquanto 32,3% tiveram uma gravidade severa. Os eventos adversos mais frequentes estavam relacionados com medicação (39%), procedimentos cirúrgicos (30,4%), eventos associados ao cuidado do doente, como quedas e úlceras por pressão (15%), e infeções relacionadas com o cuidado de saúde (11,9%) (41).

Em Espanha, procedeu-se à análise da ocorrência de eventos adversos em 15 hospitais da Catalunha. Das 4790 altas hospitalares avaliadas, cerca de 7,4% (356 casos) apresentaram eventos adversos, sendo que 43,5% eram evitáveis. As principais causas desses eventos adversos foram as intervenções cirúrgicas (38,2%) e problemas com a medicação (17,7%) (42).

Similarmente a outros países, em Portugal foi publicado um estudo retrospectivo que analisou a ocorrência de eventos adversos em doentes internados de 3 hospitais públicos da região de Lisboa, tendo por base a informação contida nos processos clínicos de uma amostra de 1669 doentes internados, totalizando 47783 admissões no ano de 2009. Os resultados obtidos demonstram uma taxa de 11,1% de eventos adversos, dos quais 53,2% eram evitáveis. A maioria dos eventos adversos esteve associada a procedimentos cirúrgicos (27%), a erros de medicação (18,3%) e infeções hospitalares (12,2%). A maioria dos eventos adversos não causou dano (61%), ou causou um dano mínimo, e 58,2% dos eventos adversos levou a um prolongamento do internamento em média de 10,7 dias e num custo adicional de 470.380 euros (43).

Mais recentemente, em 2018 foi publicado outro estudo retrospectivo que analisou a ocorrência de eventos adversos em nove centros hospitalares públicos em Portugal, onde foram analisadas 4225 admissões hospitalares, tendo sido identificados critérios para eventos adversos em 1029 casos (24,3%), dos quais 529 (12,5%) foram confirmados. De todos os eventos adversos 39,7% estavam relacionados com infeções adquiridas no hospital, 26,7% procedimentos cirúrgicos; 9,8% erros de medicação; 7% quedas e 17% entre outros. Cerca de 67,4% não provocou

qualquer deficiência ou incapacidade física mínima e foram resolvidos, 3% resultaram em incapacidade permanente e 12,5% em morte. Relativamente à evitabilidade, 39,9% dos eventos adversos foram considerados evitáveis, e 60,8% dos doentes afetados permaneceram internados por mais tempo, totalizando 3091 dias extra, com um custo adicional de 1,9 milhões de euros para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo 1,1 milhões relacionados com eventos adversos evitáveis (44).

Quando os eventos adversos são notificados, é possível criar sistemas de segurança ou, inclusive, melhorar os que já existem. Contudo, sem a ocorrência de tais notificações as instituições perdem a oportunidade de aprender e de progredir. De facto, a falta de notificação cria ambientes estagnados, onde erros repetidos podem não ser resolvidos, comprometendo a qualidade e segurança do doente. Por conseguinte, para além da importância de se criarem sistemas de notificação de eventos adversos, é também crucial incentivar e motivar os profissionais de saúde para a sua correta utilização.

Segundo Siman et al. (41), muitos profissionais de saúde não estão cientes da existência de formulários de notificação ou, inclusive, não sabem sequer como os preencher de forma correta. Esta lacuna é agravada pela comunicação insuficiente sobre o processo de notificação, resultando numa subnotificação. Além disso, existe uma evidente falta de formação acerca do que é considerado um evento adverso e dos princípios essenciais para a segurança do doente.

Assim sendo, é fundamental promover uma cultura de segurança, dando especial ênfase à formação e à comunicação entre os profissionais de saúde. De facto, a adoção de práticas baseadas em protocolos e diretrizes específicas é crucial, visto que reforça a perspetiva sobre a segurança numa abordagem de desenvolvimento contínuo. Isto deve considerar as particularidades da instituição, bem como os valores e perceções que os profissionais de saúde têm relativamente à segurança do doente (45).

1.3.1 – Sistema de Notificação de Incidente e Eventos Adversos

Uma estratégia que permite a promoção da segurança dos doentes nos cuidados de saúde é a divulgação de erros e os respetivos danos causados aos doentes. Neste contexto, tem-se recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação, com o intuito de promover a melhoria da segurança do doente através da aprendizagem com os erros passados. Contudo, é

importante entender que a mera notificação de incidentes e eventos adversos não melhora, por si só, a segurança, visto que é a resposta à notificação que permite a mudança (2).

Efetivamente, reportar um incidente ou um potencial incidente deve desencadear uma investigação detalhada, com o intuito de se identificar e corrigir falhas do sistema. As instituições devem produzir uma resposta visível e útil para justificar os recursos despendidos, assim como motivar os profissionais de saúde a notificarem tais incidentes e eventos adversos, visto que o sistema de resposta é tão importante como o próprio sistema de notificação (2).

A notificação dos incidentes e dos eventos adversos objetiva aumentar a sensibilidade perante estas situações, assim como para os riscos inerentes ao próprio local de trabalho, e gerar informação útil que possibilite a implementação de medidas estratégicas para a correção das fragilidades detetadas através da investigação detalhada do incidente (4).

Contudo, é importante salientar que o processo de implementação dos sistemas de notificação não está isento de desafios, pois necessita de uma estrutura organizacional capaz de realizar a análise de todas as ocorrências e de produzir informação de retorno, para além de motivar os profissionais de saúde para a utilização do próprio sistema. De facto, os profissionais de saúde têm referido algumas barreiras na aceitação destes sistemas de notificação, destacando-se principalmente o medo de uma eventual punição, a falta de tempo para notificar e a dificuldade no entendimento do que é ou não um incidente. Além disso, existem também algumas barreiras associadas à perceção da inutilidade do sistema, especialmente quando o feedback é insuficiente ou inexistente por parte da instituição (4).

No que concerne às medidas consideradas como incentivos para a implementação de sistemas de notificação, os profissionais de saúde referem a rápida introdução de medidas corretivas para os incidentes detetados e informação de retorno produzida para quem notifica (4). Assim, é relevante abordar estas barreiras e criar sistemas de notificação que sejam de fácil utilização, confidenciais e não punitivos (46). No contexto deste processo é crucial ter em consideração os seguintes princípios (4):

- A finalidade principal da notificação é melhorar a segurança do doente, especialmente através da aprendizagem com os erros;
- A pessoa que notifica não deve ser sujeita a medidas punitivas ou a represálias;
- Os relatórios produzidos só serão importantes se se basearem em fins construtivos.

De acordo com a OMS, algumas características que os sistemas de notificação de eventos adversos (Figura 1-2) devem ter para o sucesso de qualquer sistema deste tipo devem ser (2):

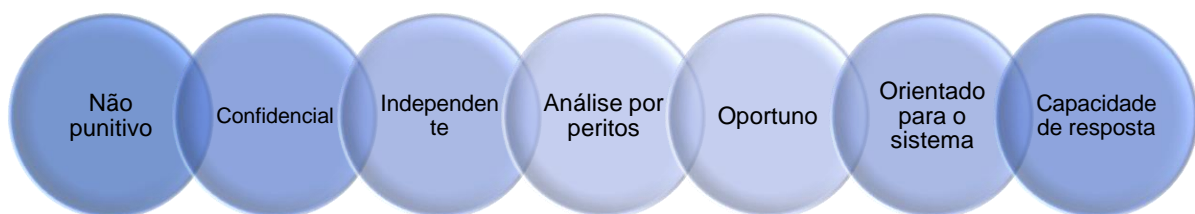


Figura 1-2 - Características de sistemas de notificação bem-sucedidos

Além disso, a notificação dos eventos adversos também contribui para o conjunto global de conhecimentos na área dos cuidados de saúde, permitindo que tanto os investigadores como os decisores políticos analisem os dados e identifiquem as áreas que podem ser melhoradas na prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a segurança dos doentes (47). Este conhecimento pode ser utilizado para o desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidência e em melhores práticas, prevenindo com maior eficácia a ocorrência de eventos adversos e melhorar os resultados para os doentes (13).

Em Portugal, desde 2000 que alguns hospitais, e por imperativo de programas de acreditação realizados sob normas do *King's Fund* e da *Joint Commission International*, começaram a dar os primeiros passos na implementação dos sistemas de notificação de incidentes. O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), em 2001, foi pioneiro nesta área, tendo iniciado o processo de implementação e criação de um sistema de notificação de incidentes que se baseou na norma da gestão do risco do manual do *King's Fund*, atualmente designado por *Caspe Healthcare Knowledge System* (CHKS) (48).

Este sistema engloba alguns fatores críticos de sucesso, e subjacentes a qualquer sistema de notificação, tais como: voluntário, confidencial, anónimo e sem efeitos colaterais, não existindo sanções disciplinares, civis, criminais e/ou punições para os profissionais de saúde. Assim, para tal foi imperativo (48):

- Sensibilizar os profissionais de saúde para notificar as situações suscetíveis de erro;
- Identificar os vários cenários dos eventos adversos na organização;
- Conhecer as consequências dos eventos adversos ocorridos na organização, com o intuito de se reduzir a probabilidade de nova ocorrência.

O objetivo deste sistema de notificação está relacionado, em primeiro lugar, com o relato e análise dos eventos adversos que ocorrem nos cuidados de saúde, assim como o desenvolvimento das respetivas melhorias. Em segundo lugar, remete para a normalização do procedimento, de modo a garantir um registo centralizado de eventos adversos. A notificação deve ser realizada imediatamente após a ocorrência de um evento adverso e por todos os profissionais de saúde, nomeadamente através do preenchimento de um formulário que é disponibilizado pela Unidade de Saúde (48).

A ULSALG dispõe de uma plataforma de registo e notificação de incidentes e eventos adversos denominada “The Patient Safety Company” representada pela firma Antares. Através desta plataforma é possível notificar incidentes que configurem problemas de qualidade e segurança, bem como erros detetados, estando acessível a todos os profissionais. A informação é rececionada pelo Grupo de Gestão de Risco constituído por uma equipa multidisciplinar, para que se possa efetuar a sua análise e avaliação, procurando o seu tratamento e conseqüente implementação de medidas corretivas e/ou preventivas (49).

O facto de o sistema de registo ser online pressupõe várias vantagens, como permitir que a notificação seja mais prática e simples, aumentando a adesão por parte dos profissionais de saúde, o registo chega mais rápido ao gestor de risco e o próprio feedback também é fornecido mais rapidamente, o que permite uma gestão mais célere da informação, assim como a sua transmissão atempada aos profissionais de saúde (50,51).

No entanto, este tipo de registo não se limita apenas às instituições de saúde individuais, desempenha um papel importante a nível nacional. Por conseguinte, quando ocorre um incidente e a sua análise não é partilhada com uma entidade externa, o conhecimento resultante desse incidente fica restrito à instituição de saúde onde ocorreu, o que significa que não há a oportunidade de partilhar o problema e de se desenvolverem soluções mais eficazes e passíveis de serem aplicadas numa escala mais ampla e generalizada (52).

Para responder à necessidade de identificar, de forma sistemática, os incidentes e eventos adversos na área da saúde, a DGS em Portugal tomou a iniciativa de implementar o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA). Essencialmente, este sistema surgiu enquanto estratégia prioritária dentro do sistema de saúde português, com o intuito de aumentar a segurança dos doentes (53).

O SNNIEA foi criado e estruturado com base em diretrizes e recomendações da OMS e do Conselho da UE, tendo uma abrangência que cobre todos os níveis e áreas da prestação de

cuidados de saúde de forma gratuita. Tal iniciativa representa muito mais do que um simples sistema de notificação, pois é uma ferramenta à disposição tanto dos profissionais de saúde como dos cidadãos, permitindo a aprendizagem com base nos erros ocorridos aquando da prestação de cuidados de saúde (53).

Uma das características do SNNIEA é a sua capacidade de receber notificações de forma anónima e confidencial. Esta característica é crucial, devido ao facto de facilitar a identificação e a correção das causas dos incidentes e eventos adversos, sem qualquer receio de represálias. Assim, este sistema garante que tais incidentes não se repitam no futuro (53).

Acima de tudo, o SNNIEA é mais do que um sistema, pois simboliza um instrumento dinâmico de melhoria contínua, focado na qualidade e segurança do doente. Com a sua implementação, espera-se cultivar e promover consistentemente uma Cultura de Segurança do Doente, assegurando-se que todos os prestadores de cuidados de saúde em Portugal operam com os mais altos padrões de segurança e responsabilidade (53).

Em setembro de 2014, a DGS disponibilizou um sistema de notificação reconfigurado e melhorado, mais precisamente a nível da sua estrutura e organização de conteúdos, passando a designar-se por Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (54). Recentemente foi criada uma Norma da DGS (nº 017/2022, de 19 de dezembro de 2022) com o objetivo de otimizar o processo de notificação e de gestão de incidentes, contribuindo para a segurança do doente (55).

Assim, é de extrema importância implementar sistemas de notificação de eventos adversos no setor da saúde, tendo em consideração que estes melhoram a segurança dos doentes, contribuem para a produção de conhecimentos e permitem intervenções direcionadas para a prevenção de eventos semelhantes no futuro. Logo, é imperativo superar as barreiras à notificação, tal como assegurar que os sistemas são de fácil acesso, não punitivos e que beneficiam os profissionais de saúde e os doentes.

2 - Metodologia do Estudo

No presente capítulo apresenta-se a metodologia adotada durante o processo da investigação desenvolvida. Para Reis (56), a metodologia da investigação é considerada como sendo uma abordagem organizada, estruturada e sistematizada, objetivando responder às questões de investigação. Assim, a metodologia pode ser definida como o método científico que pretende validar os conhecimentos e/ou produzir novos, com potencial impacto nas práticas futuras.

Considerando que a segurança do doente é uma preocupação crescente na área da gestão em saúde, englobando o campo da investigação e da prática clínica, o processo de notificação de incidentes e eventos adversos é fundamental. No entanto, as particularidades dos vários ambientes de trabalho podem englobar desafios específicos, condicionando, em alguns casos, a notificação desses incidentes e eventos adversos. Por isso mesmo, é importante investigar tais fatores no âmbito da implementação de estratégias eficazes para a sua melhoria. Neste contexto, a análise da perspectiva dos profissionais de saúde desempenha um papel vital, mais propriamente através da identificação das suas necessidades e preocupações, com o intuito de fornecer informações alinhadas com as suas reais necessidades e de promover mudanças nos seus comportamentos, de modo a melhorar a segurança dos doentes e qualidade dos cuidados de saúde.

2.1- Objetivos da Investigação

Definiu-se como objetivo geral:

- Analisar a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e segurança do doente nos três hospitais públicos (Faro, Portimão e Lagos), integrados na Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG).

Como objetivos específicos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos;
- Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde;
- Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde tendo em conta as consequências para o doente;

- Identificar os principais incidentes e eventos adversos notificados;
- Identificar os principais fatores que contribuem para a não notificação de incidentes e eventos adversos;
- Identificar o grau de segurança atribuído à instituição e à cultura organizacional.

2.2 – Tipo de Estudo

O presente estudo é de carácter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. Trata-se de um estudo quantitativo devido ao facto de envolver um processo sistemático de recolha de dados, sendo que estes dados podem ser quantificados e observados independentemente dos investigadores. É também um estudo descritivo, correlacional e transversal, pois visa a interpretação e utilização de dados numéricos recolhidos através de um inquérito, com o intuito de mensurar atitudes, comportamentos, crenças e opiniões de uma população, objetivando a aquisição de informações e a produção de descobertas. Simultaneamente, o estudo também pretende explorar e determinar relações que possam existir entre as variáveis em estudo, sendo que a recolha de dados é efetuada num momento concreto, não existindo, portanto, um acompanhamento durante um determinado período de tempo (57).

2.3 - Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi o inquérito, visto que algumas das questões a abordar são de carácter sensível, podendo gerar algum desconforto nos inquiridos no que diz respeito à sua prática profissional diária. De acordo com Fortin (52), o questionário por inquérito remete para um conjunto de questões que permitem recolher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou situações conhecidas dos indivíduos, ou ainda sobre as suas atitudes, crenças e opiniões. Por conseguinte, foi implementado o questionário por inquérito neste trabalho devido aos seguintes fatores (57):

- Não requer a presença do investigador;
- Abrange um maior número de pessoas em simultâneo;
- É menos dispendioso;
- É um instrumento uniformizado;

- O anonimato do respondente é garantido, o que permite uma maior liberdade nas suas respostas;
- O investigador não manipula o inquirido.

No entanto, aquando da implementação deste instrumento de recolha de dados é importante ter em consideração a possibilidade de (57):

- Algumas questões não serem respondidas;
- Falha de compreensão por parte do inquirido perante as questões do inquérito;
- Impossibilidade de esclarecer dúvidas aos inquiridos.

O questionário utilizado neste trabalho foi disponibilizado online (Anexo 1), por via do email institucional, facilitando o autopreenchimento eletrónico a todos os inquiridos, mas também alcançando um maior número de profissionais e proporcionando uma maior flexibilidade no seu preenchimento. Além disso, o anonimato dos inquiridos foi sempre garantido, visto que o questionário não apresenta a sua identificação, sendo anónimo e voluntário.

O questionário aplicado baseia-se na obra da Dra. Paulo Bruno (36), intitulada *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal* de 2010 (Anexo 3), após autorização concedida pela mesma (Anexo 2). É importante referir que o questionário foi adaptado à realidade da instituição de saúde em questão, sendo composto por 13 questões organizadas em duas partes distintas. Na Parte I, o questionário apresenta 5 questões que objetivam caracterizar o inquirido; na Parte II, o questionário apresenta 8 questões que pretendem analisar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre as notificações de incidentes/eventos adversos e a segurança do doente. O envio do questionário ficou sob responsabilidade do departamento de investigação da Unidade Hospitalar, sendo direcionado para o email institucional dos profissionais, com início no dia 14 de fevereiro de 2024 e fim no dia 20 de março de 2024. De forma a sensibilizar um maior número de profissionais de saúde, e consequentemente aumentar o número de respostas, procedeu-se ao reenvio do questionário para o email institucional.

De salientar que as questões do questionário foram elaboradas e aplicadas com o intuito de serem congruentes com os objetivos delineados no início da investigação, tal como sustentadas pela pesquisa científica realizada (Tabela 2-1).

Tabela 2-1 - Correspondência dos objetivos às questões aplicadas e justificação das questões adicionadas

Questão do Questionário desenvolvido	Equivalência questionário da Dra. Paula Bruno (36)	Justificação	Fonte	Objetivo Específico de Investigação
Parte I				
1 – Género	3	*		Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos
2 – Tempo a exercer funções na Instituição	-	*		
3 – Categoria Profissional	1	No questionário da Dra. Paula Bruno, apenas consta a categoria “Médico” e “Enfermeiro”. Dado que a população deste estudo abrange todos os profissionais de saúde, foram adicionadas categorias.		
4 - Serviço Hospitalar	-	Identificar outras variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos *		
5 - Onde adquiriu formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente	-			
Parte II				
1 - Tem conhecimento sobre a existência de um sistema informático de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar?	5	Esta questão foi adaptada, tendo em conta que o registo de EA é realizado maioritariamente por meios informáticos na Instituição em estudo		Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde
2 - Nos últimos 12 meses quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes/eventos adversos	8	-		
3 - Indique com que frequência notifica uma ocorrência no seu serviço tendo em conta a gravidade	-	Foi adicionada esta questão de forma a verificar a frequência de notificação de EA em função da gravidade para o doente.	(58)	Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde tendo em conta as consequências para o doente
4 – Dos incidentes e eventos adversos a seguir descritos, identifique aqueles que já aconteceram no seu	9	As opções de resposta foram adaptadas tendo por base o sistema de notificação da Instituição		Identificar os principais incidentes e eventos adversos notificados

local de trabalho e se foram notificados.				
5 – Considera que os seguintes fatores contribuem para a não notificação de eventos adversos no seu local de trabalho?	10			Identificar os principais fatores que contribuem para a não notificação de incidentes e eventos adversos
6 – A instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais para o tema segurança do doente.	-	Foi adicionada esta questão de forma a verificar se os profissionais de saúde consideram que a instituição tem um compromisso efetivo com a promoção da segurança do doente	(59)	Identificar o grau de segurança atribuído à instituição e à cultura organizacional
7 – Qual a sua perceção sobre a cultura organizacional da instituição em relação à segurança do doente?	-	Foi adicionada esta questão de forma a verificar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a cultura organizacional da instituição em relação à segurança do doente	(60)	
8 - Como classifica a segurança do doente no seu serviço?	15			

Após adaptação do questionário a utilizar foi efetuado um pré-teste a uma amostra intencional de peritos da área em estudo e a profissionais de saúde, no total de 10 participantes, a fim de verificar se as questões eram bem compreendidas, as suas sugestões e críticas, de forma a proceder-se a correções ou modificações, caso fosse necessário.

O pré-teste tem como principal objetivo avaliar a eficácia e a pertinência do questionário e verificar se (57):

- Os termos utilizados são facilmente compreendidos e desprovidos de equívocos;
- A forma das questões utilizadas permite a recolha das informações desejadas;
- O questionário não é muito longo e não provoca desinteresse;
- As questões não apresentam ambiguidade.

Do pré-teste não foram realizadas alterações ao questionário.

É ainda fundamental referir que a fidelidade e a validade são duas características importantes aquando da avaliação da qualidade do instrumento de medida (57).

A validade refere-se a uma escala que mede o que se pretende medir (61). Relativamente à validade do conteúdo, esta refere-se à representatividade dos enunciados a nível do que se pretende estudar (57). Por conseguinte, está associada ao grau em que o instrumento reflete um domínio específico do conteúdo avaliado (62). A utilização do instrumento de recolha de dados com a inclusão de questões já incluídas noutros questionários aplicados a unidades de saúde por especialistas na área e com dados cientificamente reconhecidos, permitir corroborar a sua validade para o presente estudo. Neste sentido, procedeu-se à análise da fidelidade do instrumento, de modo a garantir que o instrumento seja consistente ao longo do tempo e nas diferentes aplicações.

Essencialmente, a fidelidade remete para a repetibilidade do instrumento, ou seja, para a capacidade do instrumento produzir resultados consistentes. Entre os métodos mais comuns para avaliar a fiabilidade destacam-se: 1) Estabilidade Temporal e 2) Consistência interna e 3) Equivalência. A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, consiste na estabilidade do fenómeno observado, ou seja, a característica medida mantém-se constante todas as vezes que é medida (57). Neste estudo, a estabilidade temporal não foi considerada apropriada, uma vez que o objetivo do instrumento é capturar um estado que pode variar ao longo do tempo.

A consistência interna corresponde, por sua vez, à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos do mesmo conceito. Assenta na premissa de que o instrumento é unidimensional, medindo apenas um conceito, e pode ser medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, cujo valor varia entre zero e um (57). A partir de 0,9 a consistência interna é considerada “Muito boa” e abaixo de 0,6 “Inadmissível”, de 0,6 a 0,7 “Fracá”, de 0,7 a 0,8 “Razoável” e de 0,8 a 0,9 “Boa” (63).

Procedeu-se à análise da consistência interna de cada fator do questionário através do coeficiente alfa de *Cronbach* global (Tabela 2-2), tendo-se obtido o valor de 0,810 para os 44 itens, o que significa que a consistência interna é boa.

Tabela 2-2 -Coeficiente de consistência interna global (α - Cronbach) relativo aos 44 itens presentes no questionário

Estatísticas de confiabilidade		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,724	,810	44

No anexo 7 pode-se observar o valor do alfa de *Cronbach* para cada item após um item ser removido da análise, onde os valores são bastante consistentes. Todos os itens omitidos sugerem que todos os itens medem a mesma característica. O alfa de *Cronbach* é uma medida de consistência interna que é calculada usando-se a variância amostral, os scores totais e o número de itens.

2.4 – Variáveis em estudo

As variáveis remetem para as qualidades, características ou propriedades de pessoas, objetos ou situações que podem ser medidas ou observadas e que podem assumir diferentes valores (57). Assim, definiu-se como variáveis as características sociodemográficas e profissionais (género, tempo a exercer funções, categoria profissional, serviço hospitalar, formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente) dos profissionais de saúde. As outras variáveis definidas remetem para: a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos; o conhecimento sobre o sistema de notificação; os principais incidentes e eventos adversos notificados; os principais fatores para a não notificação; e a avaliação geral da segurança do doente.

2.5 - Local de estudo, população e amostra

O presente projeto foi realizado nos três hospitais públicos (Faro, Portimão e Lagos) integrados na Unidade Local de Saúde do Algarve (ULSALG). A ULSALG integrada no Sistema Nacional de Saúde e é composta por três hospitais públicos, os três Agrupamentos dos Centros de Saúde do Algarve (ACES) e as respetivas unidades funcionais no âmbito dos cuidados de saúde primários, os quatro Serviços de Urgência Básica e o - Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMR Sul), responsabilizando-se pela prestação de cuidados de saúde diferenciados na região do Algarve (64).

Com o compromisso de atender a população do Algarve, a ULSALG presta cuidados numa área caracterizada pela elevada diversidade geo-demográfica e social, prestando serviço a 16 concelhos da região, com uma população de cerca de 450.000 habitantes, número que pode triplicar durante a época alta do turismo (65). De facto, esta instituição revela importância pela sua dimensão, e conseqüente elevando número e diversidade de profissionais, representada

com cerca de 4079 profissionais nos três hospitais públicos (66), e pela sua dedicação em fornecer cuidados de saúde abrangentes e adaptáveis a uma comunidade em constante evolução.

A população é constituída por profissionais de saúde, incluindo os médicos, enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDTs), técnicos superiores de saúde, assistentes operacionais, assistentes técnicos e outras categorias a exercer funções nos três hospitais públicos integrados na ULSALG. Todos os profissionais de saúde foram contemplados, uma vez que o sistema de notificações está disponível a todos os profissionais da instituição, sem exceção, e todos estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde, contribuindo significativamente para a qualidade e a segurança desses mesmos cuidados.

A amostra é constituída pelo número de profissionais que consentiram participar no estudo. A técnica de amostragem utilizada é probabilística aleatória simples, uma vez que todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra (67).

2.6 – Análise Estatística

Após a fase de recolha dos dados, estes foram analisados e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, com o objetivo de tornar a informação mais clara e organizada. Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel e o software aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 26, com recurso a técnicas de estatística descritiva (cálculo de frequências e medidas de tendência central) e estatística inferencial.

Durante o processo de análise dos dados, considerou-se como sendo importante utilizar o método estatístico não paramétrico do Qui-quadrado, no sentido de se avaliar a associação entre o nível de conhecimento dos profissionais, mais precisamente da existência do sistema de notificação, e as variáveis de género, tempo a exercer funções na instituição, categoria profissional e local de aquisição da formação. Além disso, considerou-se como sendo também pertinente o uso do teste estatístico não paramétrico Mann-Whitney e Kruskal-Wallis no sentido de se avaliar se existiram diferenças significativas nas diferentes variáveis referidas anteriormente em relação ao número de notificações nos últimos 12 meses.

Em todas as análises estatísticas utilizamos um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de $p < 0,05$).

2.7 - Questões Éticas

O presente estudo garantiu o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, respeitando os direitos dos indivíduos envolvidos, pelo que não se verificou riscos ou benefícios para os profissionais de saúde que participaram na investigação. Os dados recolhidos têm como finalidade única o estudo estatístico e académico, não existindo qualquer interesse comercial.

A recolha de informação através dos questionários foi realizada de forma anónima. É de salientar que foi também solicitada e concedida autorização pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde, após parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo 4).

Os dados serão guardados pela equipa de investigação por um período de 3 anos, período em que acreditamos que o acesso aos dados pode ser útil para aprofundar investigações relacionadas com estudo em questão. Caso se verifique a necessidade, a informação será submetida à apreciação da Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.

Enquanto profissional vinculada ao local onde foi desenvolvido o projeto em questão, asseguro que, desde o início, assumi o compromisso de não exercer qualquer influência sobre os dados obtidos no questionário. Foi do meu interesse abster-me totalmente desse tipo de interferência, de modo a obter resultados fidedignos e representativos da realidade presente na instituição, conforme mencionado na declaração de conflito de interesses (Anexo 5).

3 – Resultados

Neste capítulo pretendemos apresentar os resultados obtidos a partir das respostas ao questionário aplicado neste estudo, após o tratamento dos mesmos. Estes serão organizados e sistematizados em tabelas e gráficos, com o intuito de tornar a informação mais clara. A apresentação dos resultados é realizada em dois momentos distintos: i) caracterização da amostra; e ii) apresentação dos resultados que dão resposta aos objetivos do trabalho.

Caracterização da amostra

A Tabela 3-1 apresenta a distribuição dos profissionais de saúde dos três hospitais públicos (Faro, Portimão e Lagos) integrados na ULSALG. Para este estudo os profissionais foram agrupados em quatro categorias profissionais diferentes, incluindo Enfermeiros, Médicos, TSDTs e Outros (inclui assistentes operacionais, assistentes técnicos, pessoal de informática, pessoal em formação pré-carreira, pessoal técnico superior de saúde, técnicos superiores e outros).

Tabela 3-1 - Distribuição dos grupos e números dos profissionais de saúde dos três hospitais públicos integrados na ULSALG - adaptado de Número de Funcionários – CH | Algarve (min-saude.pt)

Grupo profissional	Número de profissionais
Assistente Operacional	1035
Assistente Técnico	494
Pessoal de Enfermagem	1464
Pessoal de Informática	22
Pessoal em formação pré-carreira	222
Pessoal Médico	384
Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	278
Pessoal Técnico Superior de Saúde	64
Técnico Superior	90
Outros	26
Total Geral	4079

A amostra é constituída por 192 profissionais de saúde, inquiridos de uma população de 4079 elementos das várias categorias profissionais. Os dados incluem informações sobre género, categoria profissional, tempo de exercício de funções na instituição, serviço hospitalar e local de aquisição de formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente.

Dos 192 profissionais de saúde inquiridos, 141 indivíduos são do género feminino, o que representa 73,4% do total de inquiridos, enquanto os restantes são do género masculino (n= 51; 26,6%). Tendo em consideração as diferentes categorias profissionais, observa-se que os

enfermeiros são a categoria mais representada, com 71 profissionais (37%), seguidos pelos médicos (n= 47; 24,5%) e outros profissionais (n= 36; 18,8%). Os TSDTs completam a análise com 38 profissionais, representando 19,8% do total de inquiridos. Dentro de cada categoria profissional, a maioria é do género feminino, com percentagens que variam entre os 72,2% e os 76,1%, tal como é apresentado na Tabela 3-2.

Tabela 3-2 - Caracterização dos inquiridos por Género e Categoria profissional

		Categoria profissional				Total	
		Outros	Enfermeiros	Médicos	TSDTs		
Género	Feminino	Contagem	26	54	34	27	141
		% Categoria profissional	72,2%	76,1%	72,3%	71,1%	73,4%
		% Total	13,5%	28,1%	17,7%	14,1%	73,4%
	Masculino	Contagem	10	17	13	11	51
		% Categoria profissional	27,8%	23,9%	27,7%	28,9%	26,6%
		% Total	5,2%	8,9%	6,8%	5,7%	26,6%
Total	Contagem	36	71	47	38	192	
	% Total	18,8%	37,0%	24,5%	19,8%	100,0%	

De salientar que inicialmente as categorias profissionais foram definidas de outra forma, englobando os Enfermeiros, os Médicos, os TSDTs, os Assistentes Operacionais, os Técnicos Superiores de Saúde e Outros. Porém, tendo em consideração a baixa taxa de resposta nas categorias dos Assistentes Operacionais e dos Técnicos Superiores de Saúde, optou-se por agrupar estes profissionais na categoria de “Outros” para uma melhor gestão e análise dos dados.

A nível do tempo a exercer funções na instituição, a maioria dos inquiridos tem mais de 2 anos de serviço (91,7%), sendo que apenas 8,3% tem menos de 2 anos de serviço (Gráfico 3-1). É também possível verificar que a maioria destes profissionais trabalha nos Serviços Clínicos - Internamento (51,6%) (Gráfico 3-2).

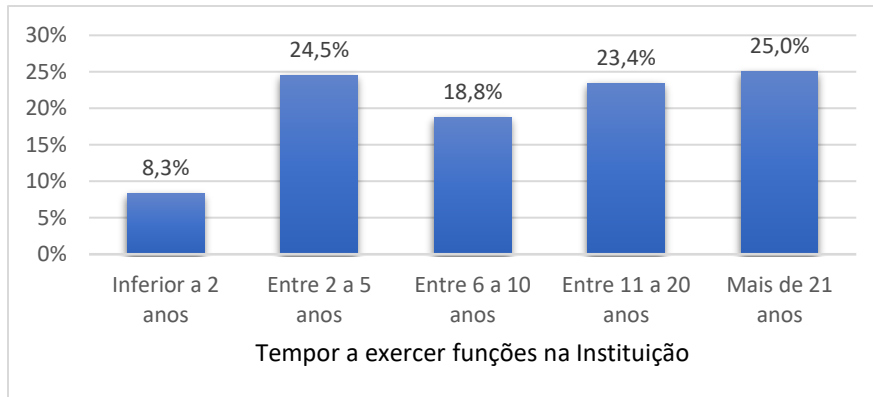


Gráfico 3-1 - Caracterização dos inquiridos por tempo a exercer funções na instituição

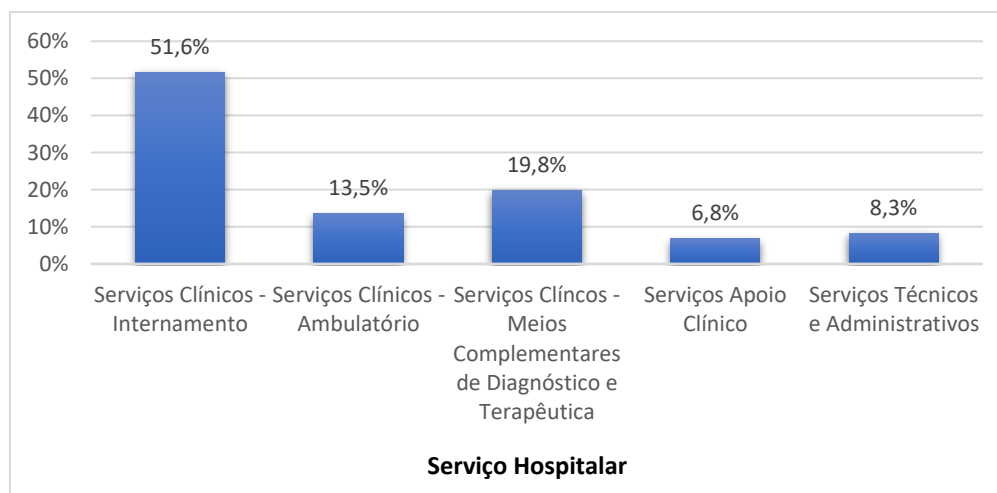


Gráfico 3-2 - Caracterização dos inquiridos relativamente ao Serviço Hospitalar

Na tabela 3-3 analisou-se o local onde os inquiridos adquiriram formação sobre a temática, constatando-se que uma parte significativa (41,7%) **não adquiriu formação** acerca deste tema. De facto, apenas 26,6% dos profissionais inquiridos teve **formação disponibilizada pela Instituição Hospitalar**.

No concernente às **Instituições de Ensino Superior**, os dados revelam que uma pequena parte dos inquiridos (25,5%) obteve formação de nível superior – Licenciatura, Mestrado e Outro (inclui Instituição de Ensino Pós-Graduação e Instituição de Ensino – Doutoramento), enquanto 6,3% teve formação na **Especialização/Internato**.

Atentando na distribuição da formação por categoria profissional, destaca-se que os enfermeiros são os profissionais com maior percentagem de formação em instituições hospitalares,

representando 14,6% do total dos inquiridos. Por outro lado, os médicos (3,1%), os TSDTs (6,3%) e a categoria profissional “Outros” (2,6%) apresentam a menor percentagem de formação disponibilizada pela instituição hospitalar.

Tabela 3-3 - Caracterização dos inquiridos por Categoria profissional e local de aquisição de formação sobre a temática

Categoria		Onde adquiriu formação					Outros*	Total
		Não adquiri formação sobre o tema	Instituição de Ensino Superior – Licenciatura	Instituição de Ensino Superior - Mestrado	Especialização/ Internato	Instituição Hospitalar		
profissional	Outros	9,9%	1,0%	0,5%	0,5%	2,6%	4,2%	18,8%
	Enfermeiros	14,1%	4,2%	2,1%	1,6%	14,6%	0,5%	37,0%
	Médicos	9,9%	2,1%	4,2%	4,2%	3,1%	1,0%	24,5%
	TSDTs	7,8%	3,6%	1,0%		6,3%	1,0%	19,8%
Total		41,7%	10,9%	7,8%	6,3%	26,6%	6,8%	100,0%

A categoria *Outros (inclui Instituição de Ensino-Pós-Graduação e Instituição de Ensino-Doutoramento)

Devido à reduzida taxa de resposta nas categorias de “Instituição de Ensino – Pós-Graduação” e “Instituição de Ensino – Doutoramento”, optou-se por agrupá-las na categoria de “Outros”, facilitando a gestão e análise dos dados.

Objetivo 1 - Identificar as variáveis sociodemográficas e profissionais que influenciam a perceção dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos

Existem vários fatores intrínsecos e extrínsecos aos profissionais de saúde que podem influenciar a notificação de incidentes e eventos adversos. Para os analisar, começámos por verificar o **conhecimento** dos inquiridos sobre a existência de um sistema de notificação de eventos adversos e o **número de notificações nos últimos 12 meses**. Posteriormente, formularam-se hipóteses relacionadas com cada variável, nomeadamente o género, o tempo a exercer funções na instituição, a categoria profissional e o local de aquisição de formação.

No que diz respeito ao **conhecimento dos inquiridos** sobre a existência de um sistema de notificação de eventos adversos, verifica-se que 83,9% dos profissionais de saúde **tem conhecimento** acerca da sua existência na instituição onde trabalham (Gráfico 3-3).

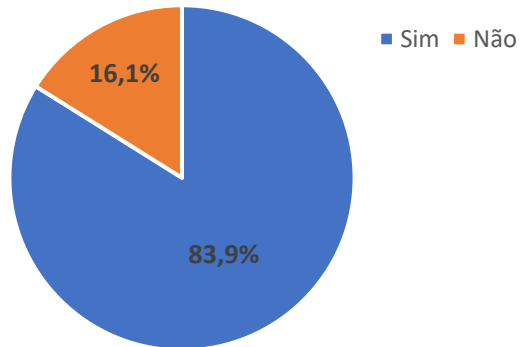


Gráfico 3-3 - Conhecimento dos inquiridos sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar

Analisando com base nas categorias profissionais, verifica-se que os enfermeiros (36,5%) são os que mais conhecem o sistema de notificação, seguindo-se os médicos (21,9%). No entanto, cerca de 16,1% dos inquiridos **não tem conhecimento**, sendo que os profissionais que integram a categoria de “Outros” são os que menos conhecimento têm acerca deste sistema (8,3%) (Gráfico 3-4).

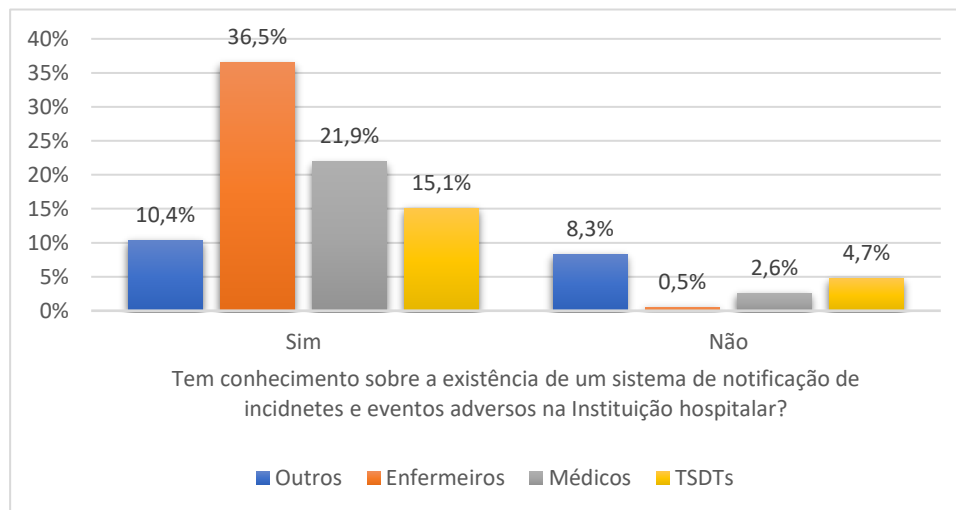


Gráfico 3-4 - Conhecimento dos inquiridos sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar por categoria profissional

A associação entre o nível de **conhecimento dos inquiridos** com cada uma das variáveis (género, tempo a exercer as funções na instituição, categoria profissional e local de aquisição de formação) foi avaliada com recurso ao teste estatístico Qui-quadrado (Anexo 8).

Tendo em consideração os resultados obtidos no teste estatístico Qui-quadrado, e relativamente ao género ($X^2(1) = 0,300$, $p\text{-value}=0,584 > \alpha=0,05$), é possível constatar que não existem evidências estatisticamente significativas que nos permitam afirmar que existe uma associação entre o conhecimento dos inquiridos e o género, tal como ocorreu com a variável do tempo a exercer funções na instituição ($X^2(4) = 4,228$, $p\text{-value} = 0,376 > \alpha = 0,05$).

Contudo, ao analisar a variável do local de aquisição de formação ($X^2(5)=13,187$; $p\text{-value} = 0,022 < \alpha=0,05$) foi possível rejeitar a H_0 , visto que existe uma associação entre o conhecimento e o local onde os profissionais adquiriram a formação. Na variável da categoria profissional ($X^2(4)=35,331$; $p\text{-value} = 0,000 < \alpha=0,05$) os resultados apontam para a mesma conclusão, existindo uma relação entre o conhecimento e a categoria profissional. De referir que a intensidade desta associação foi avaliada através do coeficiente de associação V de Cramer ($V=0,429$, $p\text{-value}=0,000$), o que indica uma associação fraca, apesar de significativa. Além disso, verifica-se que existem também associações entre a categoria profissional “Outros” e “Não conhecimento”, com resíduo ajustado de 4,2.

Relativamente ao número de notificações nos últimos 12 meses, procedeu-se à avaliação da distribuição de respostas no sentido de verificar se esta foi igual nas variáveis referidas ou se, por outro lado, existiram diferenças significativas. Para tal, recorreu-se ao teste estatístico Mann-Whitney e Kruskal-Wallis (Anexo 8).

Com base nos resultados desse teste estatístico não se verificaram diferenças no número de notificações nos últimos 12 meses, quer para os diferentes géneros ($U = 3970,500$; $p\text{-value} = 0,215 > \alpha = 0,05$), quer para o tempo a exercer funções na instituição ($H(4) = 2,974$; $p\text{-value} = 0,562 > \alpha = 0,05$) e para o local de aquisição de formação ($H(5) = 10,775$; $p\text{-value} = 0,056 > \alpha = 0,05$).

No entanto, relativamente à variável da categoria profissional, e com base no valor obtido no teste ($H(3)= 14,941$; $p\text{-value} = 0,002 < \alpha = 0,05$), verifica-se a existência de evidências que permitem rejeitar a hipótese nula. Assim, conclui-se que a distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses é diferente entre as várias categorias profissionais, sendo que as

categorias dos médicos e dos enfermeiros são as que mais diferem das restantes, pois apresentam um número superior de notificações ao longo dos últimos 12 meses.

Objetivo 2- Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde

A análise da frequência com que os profissionais de saúde notificam incidentes e eventos adversos é fundamental, pois apesar do sistema de notificação ser extremamente importante, este pode estar a ser pouco utilizado. Assim, para compreender melhor o que sucede na prática, procurámos perceber o número de notificações realizadas pelos profissionais de saúde inquiridos nos últimos 12 meses.

Com base no Gráfico 3-5 constatou-se que a maioria dos profissionais de saúde **não efetuou nenhuma notificação** (56,8%). Contudo, atentando nas notificações efetuadas, verifica-se que 29,2% dos profissionais notificou 1 a 2 ocorrências, 9,9% 3 a 5 ocorrências e 4,1% mais de 6 ocorrências.

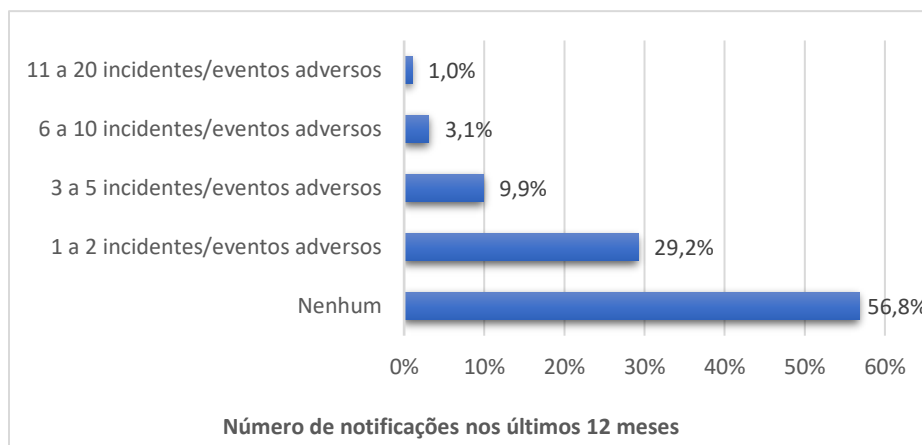


Gráfico 3-5 - Número de notificações nos últimos 12 meses

Por sua vez, ao analisar-se as categorias profissionais, verifica-se que a maioria dos TSDTs (73,7%) e profissionais das outras categorias (77,8%) não efetuaram nenhuma notificação, destacando-se como as categorias profissionais que menos notificaram incidentes e eventos adversos. No caso dos enfermeiros, verifica-se que 40,8% não realizou qualquer notificação, enquanto 43,7% notificou 1 a 2 incidentes e eventos adversos. Já no caso dos médicos, a maioria (51,1%) não fez qualquer notificação nos últimos 12 meses, sendo que apenas 29,8% notificou 1 a 2 incidentes e eventos adversos (Tabela 3-4).

Tabela 3-4 - Número de notificações nos últimos 12 meses por categoria profissional

		Número de notificações nos últimos 12 meses				Total	
		Nenhum	1 a 2 incidentes/eventos adversos	3 a 5 incidentes/eventos adversos	6 a 10 incidentes/eventos adversos		11 a 20 incidentes/eventos adversos
Categoria profissional	Outros	77,8%	13,9%	2,8%	2,8%	2,8%	100,0%
	Enfermeiros	40,8%	43,7%	12,7%	2,8%		100,0%
	Médicos	51,1%	29,8%	17,0%		2,1%	100,0%
	TSDTs	73,7%	15,8%	2,6%	7,9%		100,0%

Objetivo 3 - Determinar a frequência de notificação de incidentes e eventos adversos pelos profissionais de saúde tendo em conta as consequências para o doente

No Gráfico 3-6 é representado a frequência com que os incidentes e eventos adversos são notificados tendo em consideração a sua gravidade para o doente. Ao analisar os dados, verifica-se que existe uma clara prevalência da não notificação de incidentes/eventos adversos, independentemente da sua gravidade. Por outro lado, ao examinar mais detalhadamente as situações em que os profissionais de saúde optam por notificar **sempre** ou na **maioria das vezes**, torna-se evidente que estes remetem para eventos com uma gravidade mais elevada, pertencendo às categorias **“Grave”**, **“Muito Grave”** e **“Catastrófico”**.

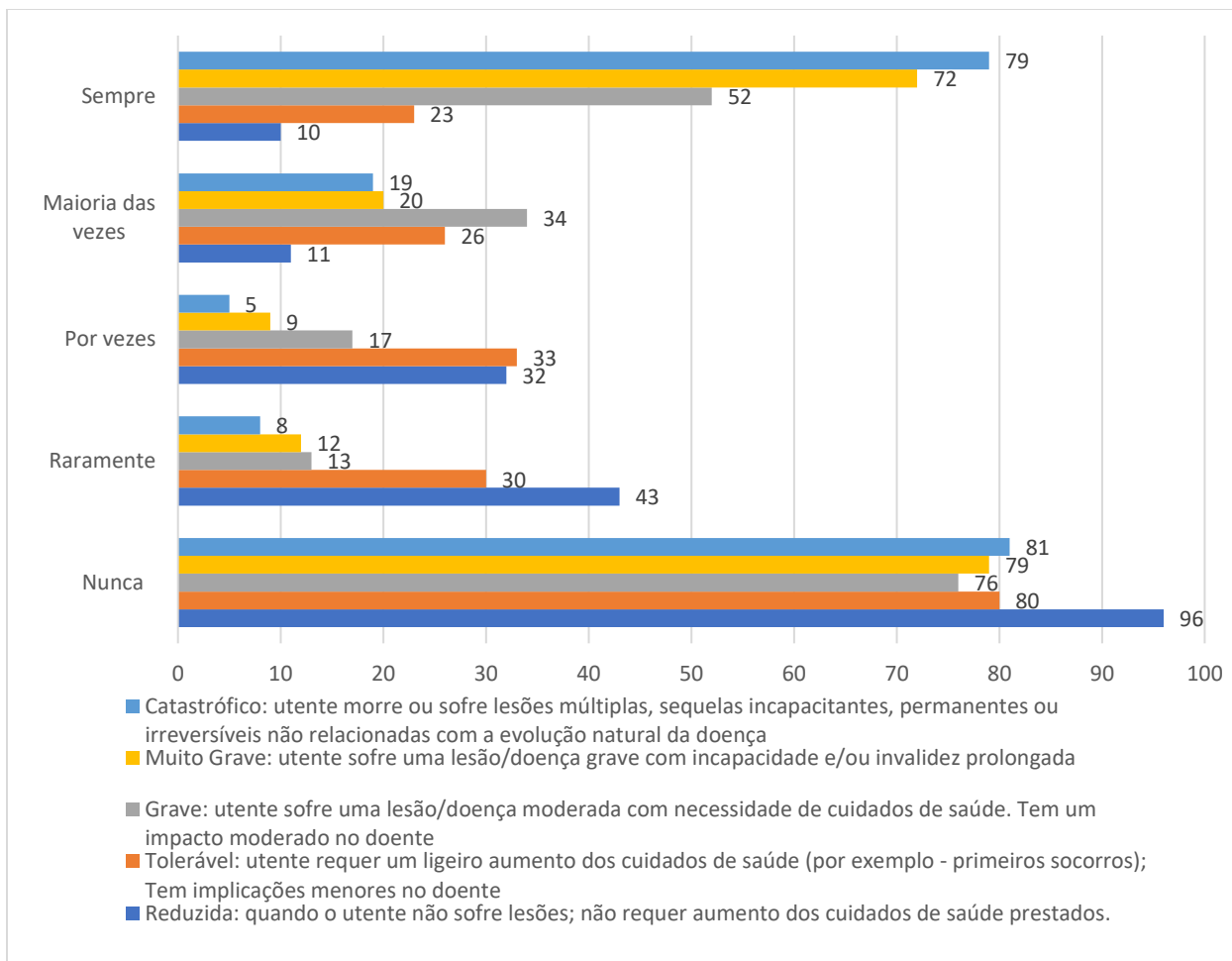


Gráfico 3-6 - Frequência de notificação tendo em consideração a gravidade para o doente

Objetivo 4 - Identificar os principais incidentes e eventos adversos notificados

A Tabela 3-5 apresenta a lista de 18 incidentes e eventos adversos sugerida aos inquiridos, no sentido de assinalarem os incidentes/eventos adversos que **nunca aconteceram**, os que **já aconteceram e não foram notificados** e os que **já aconteceram e foram notificados**. É importante referir que o objetivo desta questão não é determinar as taxas dos incidentes ou eventos adversos que ocorrem na instituição, visto que estas taxas variam nos vários estudos realizados, é pretendido demonstrar que estes eventos podem ocorrer em qualquer instituição e se estão a ser notificados, podendo revelar informações úteis na identificação de problemas, auxiliando na compreensão das suas causas e fatores subjacentes, assim como na

implementação de medidas corretivas e de melhoria. Além de poder sensibilizar para a importância de uma cultura de segurança no âmbito das instituições de saúde.

Constata-se que os incidentes que **não são notificados** com maior regularidade estão associados a falhas latentes do sistema, relacionados com problemas de comunicação (51,6%), disfunção do sistema informático (49%), falta de material/roupa/alimentação (47,9%) e falta de material clínico e medicação (41,1%). Porém, os incidentes mais **notificados** estão associados a avarias ou defeitos nos materiais/dispositivos médicos (38,5%), a quedas dos doentes (30,2%) e a reações alérgicas a medicação (27,1%).

Tabela 3-5 - Possíveis Incidentes/eventos adversos e respetiva notificação

Incidentes/eventos adversos	Nunca aconteceu	Já aconteceu e não foi notificado	Já aconteceu e foi notificado	Não aplicável
Quedas de doentes	38%	17,2%	30,2%	14,6%
Lesão por pressão	38,5%	29,7%	12%	19,8%
Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos	18,2%	34,4%	38,5%	8,9%
Infeções associadas aos cuidados de saúde	32,3%	32,3%	16,1%	19,3%
Erros na identificação do doente	40,6%	28,1%	21,4%	9,9%
Falta de Material/ Roupas/ Alimentação	17,2%	47,9%	24,5%	10,4%
Falta de material clínico e medicamentos	20,3%	41,1%	24,5%	14,1%
Disfunção do sistema informático	17,2%	49%	29,2%	4,7%
Erros de prescrição de medicação	32,3%	37%	8,3%	22,4%
Transmissão da informação médica errada	44,8%	31,3%	7,8%	16,1%
Erro de administração de medicamentos (dose/produto/frequência/via de administração)	42,2%	24,5%	12%	21,4%
Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente	49,5%	21,4%	13%	16,1%
Conflito com o doente	34,9%	38%	13,5%	13,5%
Reações alérgicas a medicamentos	30,7%	21,4%	27,1%	20,8%
Eventos cirúrgicos adversos	37%	16,7%	9,4%	37%
Erros de administração de sangue e derivados	62%	6,8%	3,6%	27,6%
Falhas no transporte de doentes	30,2%	30,2%	18,2%	21,4%
Problemas de comunicação	24,5%	51,6%	18,8%	5,2%

Objetivo 5 - Identificar os principais fatores que contribuem para a não notificação de incidentes e eventos adversos

Os incidentes e eventos adversos podem não ser notificados pelos profissionais de saúde por diversos fatores. De forma a avaliar as respostas dos inquiridos relativamente aos fatores apresentados utilizou-se a média e a moda, tal como é apresentado na Tabela 3-6. As respostas foram classificadas de acordo com uma escala de Likert, de 1 a 5 (1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente).

No que diz respeito à perceção dos profissionais de saúde face aos fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos, podemos identificar os seguintes elementos como sendo os mais importantes:

- **Falta de conhecimento e formação:** Uma parte dos inquiridos reconhece a falta de conhecimento sobre o sistema de notificação como sendo um fator para a não notificação, representando por uma média de 3,71 e uma moda de 4, o que indica que muitos profissionais concordam que este é, de facto, um problema. Além disso, a falta de formação e de sensibilização acerca do sistema é considerada como uma das barreiras mais importantes, correspondendo a uma média de 4,01 e a uma moda de 4. É também relevante referir que muitos profissionais não sabem quais os incidentes ou eventos adversos a notificar, representando uma média de 3,66 e uma moda de 4.
- **Falta de tempo:** A escassez de tempo para notificar incidentes e eventos adversos é reconhecida como elemento importante, representando uma média de 3,74 e uma moda de 4. Os dados demonstram que os profissionais concordam que a carga laboral e as exigências diárias deixam pouco tempo livre para a notificação de eventos adversos.
- **Medo de represálias e impacto na credibilidade:** O receio de represálias também é um fator significativo para a não notificação de incidentes e eventos adversos, sendo representado por uma média de 3,36 e uma moda de 4. Isto indica que muitos profissionais temem consequências negativas, tal como é o caso da perda do emprego ou de processos disciplinares. O receio de afetar a própria credibilidade é representado por uma média de 2,95 e uma moda de 3, o que sugere uma perspetiva mais neutra. Por sua vez, o medo de afetar a credibilidade da instituição é representado por uma média de 2,64 e uma moda de 2.
- **Confidencialidade e apoio:** A falta de confidencialidade no sistema de notificação é representada por uma média de 3,15 e uma moda de 3. A falta de suporte por parte dos colegas e chefias remete para outra barreira significativa, sendo representada por uma

média de 3,31 e uma moda de 4, o que demonstra que os profissionais sentem uma falta de apoio para proceder à notificação de incidentes e eventos adversos.

- **Acessibilidade do sistema:** A acessibilidade do sistema de notificação é considerada como sendo um problema por parte dos inquiridos, representando uma média de 3,35 e uma moda de 4, o que indica que os profissionais concordam que o sistema é pouco acessível.
- **Perspetiva sobre a relevância da notificação:** A perspetiva de que as circunstâncias ou a evolução do caso tornam, normalmente, a notificação desnecessária representa uma média de 3,07 e uma moda de 3, o que indica uma posição neutra entre os profissionais. Além disso, a crença de que a notificação não é relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados é representada por uma média de 2,08 e uma moda de 1, o que evidencia que a maioria dos profissionais discorda totalmente com essa afirmação.

Tabela 3-6 - Fatores apontados para a não notificação de incidentes e eventos adversos

	Média	Moda
Falta de conhecimento sobre o sistema de notificação de eventos adversos	3,71	4
Falta de formação e sensibilização para a notificação de eventos adversos	4,01	4
Não sabe quais os incidentes/eventos adversos que devem ser notificados	3,66	4
Falta de tempo para notificar eventos adversos	3,74	4
Medo de represálias , como perda de emprego ou processo disciplinar	3,36	4
Receio de afetar a sua credibilidade	2,95	3
Receio de afetar a credibilidade da instituição	2,64	2
Falta de confidencialidade do sistema de notificação de eventos adversos	3,15	3
Falta de suporte dos colegas e chefias para notificação de eventos adversos	3,31	4
O sistema de notificação é pouco acessível	3,35	4
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente torna desnecessária a notificação	3,07	3
A notificação não é relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados	2,08	1

Objetivo 6 - Identificar o grau de segurança atribuído à instituição e à cultura organizacional

Com base na opinião dos inquiridos acerca da disponibilização de tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização sobre a segurança do doente por parte da instituição, podemos concluir que 38% **discorda** e que 22,4% **discorda totalmente** com esta afirmação. Por sua vez, 11,5% **concorda** e 2,1% **concorda totalmente** com esta premissa (Gráfico 3-7).

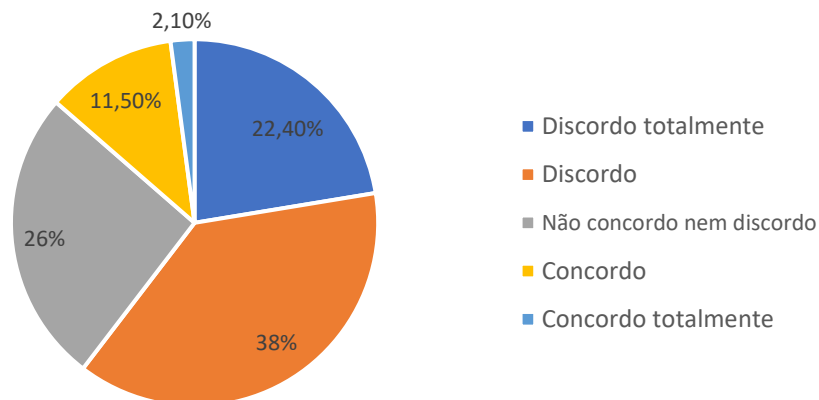


Gráfico 3-7 - Perspetiva dos inquiridos sobre a instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais sobre o tema segurança do doente

Averiguou-se se a distribuição das respostas era semelhante em todas as categorias profissionais dos inquiridos face à perspetiva dos profissionais sobre o facto de a instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização dos profissionais para o tema da segurança do doente. Para tal, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para as amostras independentes. De facto, foi possível concluir que, com um $p\text{-value}=0,007 < \alpha=0,005$, existe evidência estatística para rejeitar a hipótese nula (Anexo 8). Portanto, pode-se afirmar que a distribuição de respostas é diferente, pelo menos numa das categorias profissionais, sendo que a maior diferença apresentada foi a categoria dos médicos, com uma tendência para discordar desta afirmação (Gráfico 3-8).

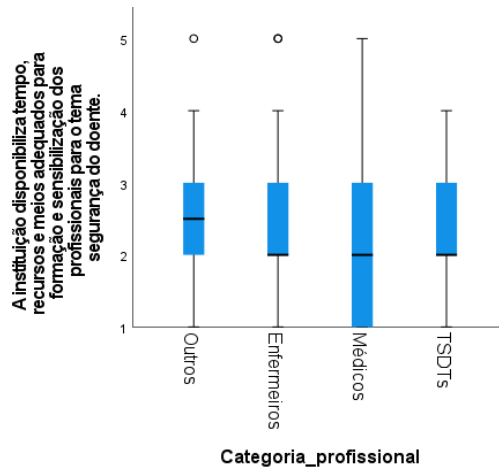


Gráfico 3-8 - Distribuição das categorias profissionais face à perspetiva dos profissionais acerca da instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização dos profissionais para o tema da segurança do doente

No gráfico 3-9 é apresentado a perspetiva dos inquiridos sobre a cultura organizacional da sua instituição, especialmente no que diz respeito à segurança do doente, sendo que a maioria (53,6%) a classifica como **negativa**.

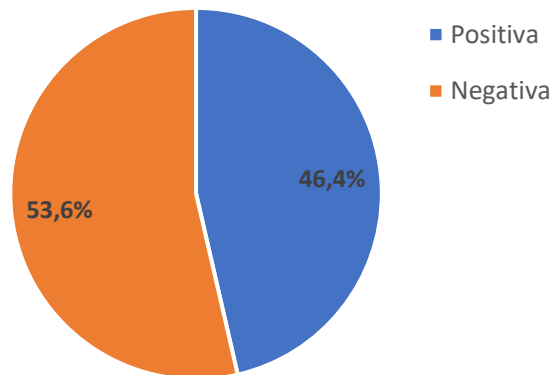


Gráfico 3-9 - Perspetiva dos inquiridos sobre a cultura organizacional da instituição em relação à segurança do doente

Quando questionados acerca da segurança do doente no seu serviço hospitalar, a maioria dos profissionais inquiridos indicou que era **aceitável** (49,5%) e **muito boa** (31,3%) (Gráfico 3-10).

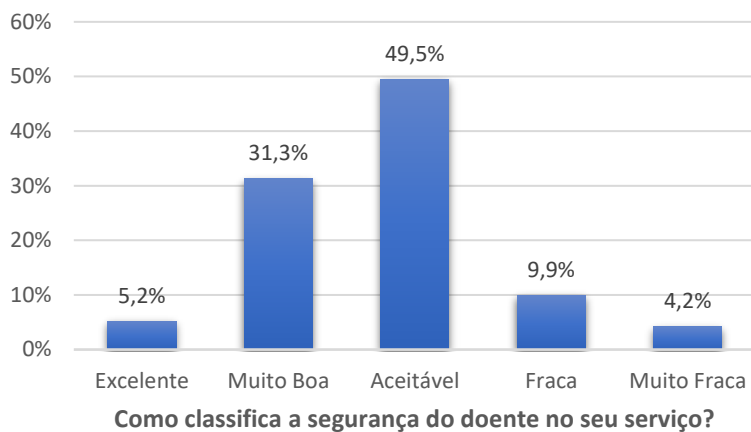


Gráfico 3-10 - Perspetiva dos inquiridos sobre o grau de segurança do doente no serviço hospitalar

4 - Discussão dos resultados

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados previamente descritos, tendo por base o referencial teórico que orientou a investigação desenvolvida. É importante salientar que a interpretação dos resultados deve ser realizada com precaução, tendo em consideração as diversas limitações do estudo, onde se evidencia que o tamanho da amostra é limitativo para uma eventual generalização de resultados. No entanto, e com consciência desta limitação, a investigação foi desenvolvida com o intuito de investigar uma realidade em concreto.

O estudo compreende uma amostra composta por 192 profissionais de saúde dos três hospitais públicos (Faro, Portimão e Lagos) integrados na ULSALG, pertencendo a uma população de 4079 elementos das várias categorias profissionais. Os resultados demonstram que a maioria dos inquiridos é do género feminino (73,4%) e que tem entre 2 e mais de 21 anos de experiência na instituição (91,7%). Além disso, destaca-se que a maioria dos profissionais trabalha nos Serviços Clínicos, na área do Internamento (51,6%). No que respeita as categorias profissionais, os enfermeiros são a categoria mais representativa (37%). Para Fernandes e Queirós (68), os enfermeiros são o grupo profissional mais representativo nos hospitais portugueses, sendo que, e devido à natureza da sua atividade profissional, tendem a passar mais tempo na prestação direta de cuidados de saúde ao doente. Porém, os médicos representam 24,5% dos inquiridos, a categoria “Outros” profissionais representa 18,8% e os TSDTs representam 19,8% dos inquiridos.

Os inquiridos foram questionados acerca do local onde adquiriam formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente. Através das suas respostas, foi possível constatar que 41,7% dos profissionais **não adquiriu qualquer formação** nesta área, o que evidencia uma lacuna importante na sua formação e preparação para lidar com questões relacionadas com a segurança dos doentes.

Além disso, apenas **26,6% dos profissionais teve formação disponibilizada pela instituição hospitalar**, o que pode indicar a necessidade de promover e melhorar os programas de formação interna das instituições de saúde. No seu estudo, Amaral et al. (69) preconizam que as instituições devem reconhecer a importância da formação contínua dos seus profissionais, apoiando programas de formação. De facto, só pode existir uma cultura de segurança se os profissionais forem devidamente formados para tal. Contudo, os próprios profissionais não procuram, muitas vezes, este tipo de formação, seja por falta de tempo ou por falta de conhecimento acerca da importância deste tema.

Ainda com base em Amaral et al. (69) a formação em serviço sobre a segurança do doente é escassa, raramente procurada, e quando realizada é, regra geral, de forma voluntária. Por isso mesmo, é importante que tanto as instituições como os profissionais de saúde reconheçam a importância da formação e trabalhem em conjunto para garantir a prestação de melhores cuidados de saúde.

O presente estudo evidencia também disparidades a nível da aquisição de formação entre as diferentes categorias profissionais na instituição hospitalar. Mais detalhadamente, enquanto os enfermeiros apresentam uma percentagem superior a nível da formação adquirida dentro das instituições hospitalares (14,6%), outras categorias profissionais, como a dos médicos (3,1%), a dos TSDTs (6,3%) e “Outros” profissionais (2,6%) apresentam percentagens inferiores.

Relativamente à formação sobre a segurança do doente nas instituições de Ensino Superior, os dados obtidos revelaram que **25,5% dos inquiridos obteve formação durante a Licenciatura, Mestrado ou outras categorias académicas**. Isto pode levantar algumas questões sobre a necessidade de atualização dos programas académicos, nomeadamente para passar a incluir, e de forma mais abrangente, temas relacionados com a segurança do doente.

De facto, este tema tem sido uma preocupação crescente para a OMS, que em 2011 desenvolveu o *Guia Curricular Multiprofissional da Segurança do Doente*, com o intuito de promover os valores e as estratégias relacionadas com a segurança do doente. Este guia fornece as bases para a formação de conceitos e princípios essenciais nesta área, servindo como um recurso importante para orientar o processo de ensino-aprendizagem sobre a segurança do doente em universidades e escolas de formação. Por conseguinte, torna-se importante que os futuros profissionais de saúde incorporem estes conhecimentos e práticas desde o início da sua formação académica (70).

Um aspeto fundamental para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde é a consciencialização sobre a existência de sistemas de notificação, os quais permitem aos profissionais de saúde contribuir, de forma mais eficaz, para a identificação e prevenção de incidentes e eventos adversos. Neste sentido, os inquiridos foram questionados acerca do seu conhecimento sobre a existência de um sistema de notificação na sua instituição. As respostas obtidas demonstram que a maioria dos profissionais **tem conhecimento sobre este sistema (83,9%)**.

A categoria profissional que denota mais conhecimento acerca do sistema de notificação na sua instituição é a dos enfermeiros (36,46%), o que pode estar relacionado com o facto dos

enfermeiros dedicarem mais tempo na prestação direta de cuidados de saúde ao doente e, por isso mesmo, terem uma maior propensão para situações que envolvam eventos adversos. Além disso, estes profissionais têm também o dever de notificar eventos adversos, tal como é o caso de quedas, úlceras de pressão, troca de medicação, entre outros.

Contudo, é importante mencionar que uma percentagem dos inquiridos **não tem conhecimento** da existência do sistema de notificação (16,1%), sendo que os profissionais da categoria de “Outros” parecem apresentar um menor conhecimento sobre este sistema (8,33%). Por conseguinte, torna-se importante implementar estratégias que promovam a formação contínua e a sensibilização de **todos os profissionais de saúde**.

Os resultados revelaram ainda uma associação significativa entre o nível de conhecimento dos inquiridos sobre o sistema e as categorias profissionais, especialmente entre a variável da categoria “Outros” e a variável “Não conhecimento”. Assim, os resultados sugerem que a categoria “Outros” tem um conhecimento menor sobre o sistema de notificação.

A nível da frequência de notificação nos últimos 12 meses, verifica-se que a **maioria dos inquiridos não efetuou nenhuma notificação** (56,8%). Esta tendência de subnotificação merece especial atenção por parte das instituições e dos gestores, no sentido de se promover uma cultura de segurança e transparência. No seu estudo, Siman et al. (45) explicam que a notificação de eventos adversos é crucial para reduzir a ocorrência de situações semelhantes, sendo que a aprendizagem com base nos erros permite a obtenção de informação para melhorar os processos. Por conseguinte, investir na **educação dos profissionais, incentivar as notificações** e adotar uma **abordagem não punitiva** são passos fundamentais neste sentido. No que diz respeito à distribuição das notificações efetuadas nos últimos 12 meses, os resultados evidenciam que uma parte dos profissionais notificou 1 a 2 ocorrências (29,2%), enquanto uma percentagem inferior notificou 3 a 5 ocorrências (9,9%) e mais de 6 ocorrências (4,1%). De facto, estes resultados são congruentes com estudos anteriores, os quais demonstraram uma fraca adesão por parte dos profissionais ao sistema de notificação de eventos adversos (Bruno, 2010; Antunes, 2015; Eiras et al., 2011). Verifica-se também que grande parte dos TSDTs (73,7%) e profissionais de outras categorias (77,8%) não efetuaram nenhuma notificação, o que evidencia uma possível falta de participação na identificação e notificação dos eventos adversos. No caso dos enfermeiros e médicos, e apesar de uma parte significativa não ter feito qualquer notificação, existe uma proporção considerável que notificou 1 a 2 incidentes e eventos adversos, o que sugere um envolvimento superior destas categorias profissionais.

Na sequência da análise da frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação, procuramos analisar a frequência de notificação de incidentes/eventos adversos em relação à sua gravidade.

Segundo os resultados obtidos, constatamos que a maioria dos profissionais opta por nunca notificar. Fatores como a falta de conhecimento sobre o que notificar, medo de represálias ou eventuais punições, ausência de apoio por parte dos colegas e superiores hierárquicos, podem contribuir para a não notificação de eventos adversos. Por outro lado, ao observarmos os casos em que os profissionais optam por notificar "Sempre" ou "A maioria das vezes", percebemos que isso ocorre sobretudo em situações de maior gravidade, como eventos classificados como "Grave", "Muito Grave" e "Catastrófico". A notificação de eventos adversos graves, em detrimento dos incidentes não prejudiciais, é corroborada noutros estudos. Bruno (36) conclui que à medida que aumenta a gravidade dos danos aumenta a frequência de notificação. Também Lima (37) refere que o evento/ocorrência notificado com maior frequência pelos inquiridos é o *'dano é trágico'* (morte, incapacidade), com 29,8%.

No entanto, concordando com Alves et al. (2019) (3) e Soydemir et al. (2017) (71) a notificação de incidentes sem dano ou gravidade reduzida são fundamentais no processo de melhoria da segurança do doente e, portanto, deve ser incentivada. Conforme mencionado no estudo por Soydemir et al. (2017) (71) os profissionais muitas vezes entendem que erros detetados ou evitados antes de prejudicar o doente não necessitam ser notificados, uma vez que não resultaram em qualquer dano. Assim, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados de saúde, é imperativo a notificação de todos os incidentes/eventos adversos, independentemente das respetivas causas ou consequências.

Na sequência da análise da frequência com que os profissionais utilizam o sistema de notificação, procuramos analisar que eventos adversos ocorreram nos serviços e se foram notificados. De acordo com os dados analisados, dos 18 eventos adversos apresentados no questionário, os **eventos adversos que ocorreram e tiveram maior expressão em termos de notificação**, foram os eventos relacionados com avarias ou defeitos de materiais/dispositivos médicos (38,5%), **quedas de doentes** (30,2%) e reações alérgicas a medicamentos (27,1%), o que pode indicar que os profissionais estão mais atentos para notificar incidentes que afetam diretamente a segurança dos doentes.

De facto, as quedas representam uma preocupação significativa em termos de morbilidade e mortalidade, remetendo para uma das principais causas de internamento hospitalar, para além

de ter um grande impacto pessoal, familiar, social e financeiro nos serviços de saúde. Para lidar com essa questão, o PNSD 2015-2020 (1) estabeleceu metas específicas, incluindo a implementação de práticas de prevenção e redução de quedas nas instituições de saúde. As quedas são responsáveis por 10 a 15% dos episódios nos serviços de urgência, a estadia hospitalar devido a quedas varia entre 4 e 15 dias e cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda morre após um ano. Em Portugal, e com base nos dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas. Esta estatística reforça, portanto, a importância de uma abordagem proativa na identificação e prevenção de quedas, visando a segurança e o bem-estar dos doentes.

Dos **eventos adversos ocorridos e não notificados**, e com base nos dados recolhidos, os que tiveram maior expressão estão relacionados com **disfunções organizacionais**, mais precisamente os **problemas de comunicação** (51,6%), a disfunção do sistema informático (49%), a falta de material/roupa/alimentação (47,9%) e a falta de material clínico e medicação (41,1%). O estudo realizado por Bruno (36) corrobora esta observação, indicando que estes incidentes não deixam de ter uma grande importância na gestão do risco, visto que se tratam de falhas latentes do sistema e que podem originar eventos adversos graves, prejudicando, também, os recursos disponíveis.

A DGS, mais concretamente através do PNSD 2021-2026 (5), refere que uma comunicação eficaz e eficiente é um dos pilares principais para a promoção de cuidados seguros. Vários estudos evidenciam que a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e os seus familiares é fundamental para prevenir a ocorrência de eventos adversos. O percurso do doente na área da saúde é complexo, visto que no seu decurso este poderá receber cuidados de diferentes profissionais de saúde, em ambientes diferentes e com níveis distintos de cuidados. Assim, a comunicação ao longo deste percurso é vital para que a qualidade e a segurança do doente sejam uma constante aquando da prestação de cuidados.

Outro aspeto importante remete para o facto de a notificação de eventos adversos possibilitar a partilha de aprendizagens com base nos erros, caracterizando-se enquanto ferramenta útil para a identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização. Porém, alguns profissionais de saúde optam por não notificar estes eventos quando ocorrem no seu contexto de trabalho (72). Este problema de subnotificação não é exclusivo dos serviços ou da unidade hospitalar onde o estudo foi desenvolvido, nem se restringe ao panorama nacional. De facto,

trata-se de uma questão transversal a vários países que implementaram sistemas de notificação de eventos adversos.

Alguns dos fatores que justificam a não notificação de eventos adversos por parte dos profissionais de saúde são a **falta de conhecimento e formação, a falta de tempo, o medo de represálias e a ausência de apoio por parte dos colegas e chefias**. Alguns autores têm sugerido várias estratégias para aumentar a confiança dos profissionais em relação aos sistemas de notificação, tal como é o caso de clarificar a definição de incidentes e eventos adversos, simplificar os métodos de notificação, realizar feedback aos profissionais e explicar a natureza e objetivos dos sistemas de notificação ((4,71). É crucial adotar atitudes que apoiem e incentivem a notificação, utilizando os registos não como instrumentos de avaliação do desempenho, mas como ferramentas para compreender como os serviços de saúde podem ser melhorados.

A educação, formação, sensibilização e desenvolvimento pessoal de todos os profissionais são elementos essenciais para uma cultura de segurança, assim como para a melhoria contínua da prestação de cuidados. Porém, este estudo demonstrou que a **maioria dos inquiridos discorda ou discorda totalmente** sobre o facto de a instituição disponibilizar tempo, recursos e meios adequados para a formação e sensibilização sobre a segurança do doente. Estes resultados podem sugerir que grande parte dos inquiridos não se sente plenamente informada sobre a notificação de incidentes e eventos adversos nem sobre o sistema de notificação, competindo ao Grupo de Gestão do Risco tomar a iniciativa de implementar programas de formação destinados à capacitação dos profissionais de saúde. Papel também importante deve ser desempenhado pelos elos de ligação com a equipa de gestão de risco, que nos respetivos serviços devem sensibilizar para a necessidade da notificação e reproduzir todas as orientações necessárias. Se solicitado o GGR está disponível para realização de sessões de esclarecimento e fornecer as orientações para os procedimentos, assegurando deste modo um fluxo constante de informação e conhecimento.

É relevante destacar que, tal como foi mencionado anteriormente neste estudo, apenas 26,6% dos inquiridos teve formação disponibilizada pela instituição hospitalar, enquanto 41,7% não recebeu qualquer formação nesta área. Luconi et al. (73) demonstraram a eficácia de programas de formação presencial em formato de workshops, através dos quais os profissionais de saúde podem adquirir mais literacia em segurança do doente, tornando-se mais competentes nesta área. De facto, este tipo de programas permite que os profissionais de saúde tenham tempo e espaço dedicados à aprendizagem focada na segurança do doente, com a oportunidade de interação e aprendizagem conjunta. Nos EUA existem bolsas de estudo de um ano com o intuito

de desenvolver uma geração de líderes em segurança do doente, proporcionando formação em aspetos clínicos da segurança do doente, em metodologia de investigação em serviços de saúde e liderança. Assim, este programa serve como meio de promoção da formação em segurança do doente para os profissionais de saúde (74).

Os resultados obtidos também demonstram que a maioria dos inquiridos considera a cultura organizacional da sua instituição como sendo **negativa** (53,6%). Segundo Siman et al. (45), a prevalência de uma cultura punitiva dificulta tanto a notificação como a aprendizagem com os erros, já que punir não é o mesmo que responsabilizar. Por conseguinte, os gestores hospitalares devem compreender que os eventos adversos estão, frequentemente, relacionados com falhas no sistema, e não apenas com negligência profissional. Ao invés de atribuir culpas, é essencial identificar fragilidades nos processos e implementar medidas preventivas para melhorar os serviços de saúde e aprender com os erros, contribuindo, deste modo, para melhores resultados e para uma gestão eficaz do risco clínico.

Por fim, os resultados também evidenciam que os inquiridos classificam a segurança do doente no seu serviço como sendo **aceitável** (49,5%) e **muito boa** (31,3%), o que contrasta com a perceção negativa em relação à cultura organizacional e à falta de tempo, recursos e de formação. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de quando os profissionais de saúde avaliam o grau de segurança do doente nos seus próprios serviços, é possível que tenham uma perceção mais positiva, influenciada pela sua própria prática, compromisso e esforço pessoal.

Por outro lado, a perceção negativa sobre a cultura organizacional e a falta de tempo, recursos e meios adequados para a formação pode destacar um problema mais amplo dentro da instituição, indo além da prática individual. A cultura organizacional envolve um conjunto de valores, crenças, atitudes e práticas partilhadas que influenciam o comportamento de todos os membros da organização. Assim, uma perceção negativa pode sugerir que, apesar dos profissionais se esforçarem para prestar os melhores cuidados possíveis, se sintam limitados por fatores institucionais exteriores ao seu controlo direto, tal como é o caso das políticas organizacionais, das prioridades da liderança ou da alocação dos recursos.

4.1 - Limitações do estudo

Ao longo da investigação foram reconhecidas algumas limitações que influenciaram ou restringiram o seu desenvolvimento. De facto, essas limitações tiveram um impacto no curso da investigação, motivo pelo qual devem ser consideradas ao interpretar os resultados obtidos. É também crucial reconhecer que essas limitações podem ter afetado a possibilidade de generalização dos resultados, o que evidencia a necessidade de uma análise mais rigorosa e contextualizada dos dados.

A principal limitação da investigação está relacionada com o desequilíbrio da amostra, visto que algumas categorias profissionais não responderam ao questionário, ou estavam representadas por um número reduzido de indivíduos. Tal limitação resultou na agregação de algumas categorias, dificultando a generalização dos dados a todos os profissionais. Deste modo, é possível que os resultados tenham sido enviesados pelas características da amostra.

O método de distribuição do questionário pode ter contribuído para a baixa adesão dos profissionais, visto que estes podem não aceder regularmente ao seu email institucional, seja por falta de tempo, oportunidade ou, inclusive, hábito. Além disso, é importante destacar que as conclusões deste estudo podem ser apenas aplicadas aos profissionais da instituição onde a investigação foi desenvolvida, não sendo possível a sua generalização a outras populações, ainda que com características similares.

Ainda relativamente ao questionário, teria sido mais esclarecedor reforçar as perspetivas com questões abertas, como é o caso da questão “Por favor, partilhe exemplos ou experiências que ajudem a esclarecer a sua perceção”, de forma a aprofundar a perspetiva dos profissionais sobre o assunto.

O espaço temporal no qual este estudo foi desenvolvido, e devido à demora dos processos burocráticos de autorização, pode ter influenciado a qualidade da análise estatística e a sua consequente discussão. O prolongado período de espera pode ter alterado o contexto original do estudo, potencialmente introduzindo viés temporal nos dados recolhidos.

De realçar ainda, o facto de existirem poucos estudos acerca da perspetiva dos profissionais de saúde relativamente à notificação de eventos adversos que envolva todas as áreas profissionais, o que dificultou a comparação com outras investigações.

5 – Conclusão

A segurança do doente é um pilar na qualidade dos cuidados de saúde, pois remete para um direito fundamental dos cidadãos e para uma responsabilidade ética e profissional de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Este estudo permitiu evidenciar importantes lacunas e desafios, os quais podem e devem ser melhorados de forma a alcançar cuidados centrados no doente e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Os resultados revelaram que, apesar de a maioria dos profissionais ter conhecimento sobre a existência dos sistemas de notificação, existe uma subnotificação significativa de eventos adversos, especialmente entre as categorias profissionais menos envolvidas nos cuidados diretos aos doentes. Entre os fatores que mais contribuem para a não notificação destacam-se a falta de formação, o medo de represálias, a falta de tempo e a perceção de inutilidade do sistema. Estes desafios são também influenciados por uma cultura organizacional que é frequentemente percecionada como sendo negativa.

Além disso, o estudo também permitiu evidenciar que uma parte significativa dos inquiridos não adquiriu qualquer formação nesta área. Por conseguinte, sugere-se que a formação, quer por parte das instituições de ensino, quer por parte das instituições hospitalares, deve ser promovida e integrada nos programas institucionais, no sentido de contribuir para uma maior sensibilização e competência em segurança do doente.

Para se poder promover a melhoria da segurança do doente é fundamental desenvolver uma cultura organizacional não punitiva e que promova a aprendizagem baseada nos erros, assim como a implementação de sistemas de notificação eficazes, acompanhados de um feedback adequado e de medidas corretivas.

O presente estudo sublinha também a necessidade de uma abordagem abrangente e integrada, onde todos os níveis da organização, desde as chefias até aos profissionais de base, estejam comprometidos com a segurança do doente. A promoção de um ambiente de trabalho seguro, tal como o desenvolvimento de políticas eficazes, são essenciais para garantir cuidados de saúde de qualidade, minimizando os riscos e melhorando continuamente os processos. Somente assim será possível garantir um sistema de saúde mais seguro, eficaz e confiável, proporcionando aos doentes a qualidade dos cuidados a que têm direito.

No que diz respeito a sugestões para futuras investigações, seria importante realizar mais estudos sobre a perspetiva de todas as categorias profissionais, e sem exceção, uma vez que

cada uma desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde. Sugere-se, também, a realização de investigações similares e na mesma realidade, adotando uma metodologia distinta, mais precisamente uma abordagem qualitativa, com o intuito de aumentar a compreensão dos resultados obtidos e, conseqüentemente, para melhor sustentar a necessidade de mudanças para otimizar a segurança dos doentes.

Seria também relevante, e após a implementação de algumas mudanças, replicar o mesmo estudo, nas mesmas realidades, com o propósito de se aferir se tais mudanças se repercutiram na melhoria da cultura de segurança.

Apesar das limitações apresentadas e das questões que poderão ser desenvolvidas noutros estudos, considera-se que este estudo desempenha um papel importante na melhoria dos cuidados de saúde e representa uma mais-valia, visto que promove a reflexão sobre a problemática do erro em saúde.

Referências Bibliográficas

1. Despacho nº 1400-A/2015. Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Lisboa; 2015.
2. World Health Organization. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems [Internet]. Geneva; 2005 [cited 2023 Oct 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>
3. Alves M de FT, Carvalho DS de, Albuquerque GSC de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. Cien Saude Colet. 2019 Aug;24(8):2895–908.
4. Lage MJ. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2010 Nov;10:11–6.
5. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026. 2021.
6. Ribeiro O de P, Carvalho F, Ferreira LM, Ferreira PJ. Qualidade dos Cuidados de Saúde. Instituto Politécnico de Viseu . 2008 Nov;
7. Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2011;
8. Institute of Medicine. Medicare: A strategy for quality assurance. Washington, D.C.: National Academies Press; 1990.
9. Department of Health. The New NHS Modern and Dependable [Internet]. United Kingdom: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c853740f0b62aff6c2405/newnhs.pdf>; 1997 [cited 2023 Sep 28]. Available from: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c853740f0b62aff6c2405/newnhs.pdf>
10. Campos L, Saturno P, Carneiro AV. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: : A qualidade dos cuidados e dos serviços [Internet]. Portugal; 2010 [cited 2023 Sep 28]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
11. World Health Organisation. Quality of care [Internet]. [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
12. Organização Mundial da Saúde. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. 2020.
13. Barton A. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. AORN J. 2009 Oct 5;90(4):601–2.
14. Pessoa GR, Carvalho REFL de, Oliveira SKP de, Anjos S de JSB dos, Trigueiro JG, Silva LMS da. Segurança do paciente em tempos de pandemia: reflexão a partir dos atributos de qualidade do cuidado. Escola Anna Nery. 2022;26(spe).

15. Sousa P, Sousa A, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública Vol Tematico Issue 10 [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Oct 12];89–95. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-investigacao-e-inovacao-em-seguranca-X0870902510898622>
16. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, editor. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
17. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. 2011 May.
18. Fragata J, Martins L. O erro em medicina: perspetivas do individuo, organização e da sociedade. Almedina, editor. Coimbra; 2004.
19. Eiras M, Diniz A, Escoval A, Costa AC, Fernandes A, Bruno P, et al. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente - Resultados do estudo piloto. 2011 Dec.
20. Direção-Geral da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. 2011.
21. Organização Mundial de Saúde. Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030 - Rumo à eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. 2021.
22. Pedreira M. Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2015.
23. World Health Organization. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. 2020.
24. Esteves MI. Gestão de Risco – Análise de um Sistema de Registo de Incidentes e Eventos Adversos numa Unidade de Saúde. [Covilhã]: Universidade da Beira Interior ; 2015.
25. Costa DG da, Moura GMSS de, Canever BP, Weimer LE, Kassick F, Costa FG da, et al. Experiência do paciente: caminhos percorridos e a percorrer na coprodução do cuidado centrado no paciente. Research, Society and Development. 2022 Jan 7;11(1):e32911124899.
26. Figueiredo FM, Gálvez AMP, Garcia EG, Eiras M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. Cien Saude Colet. 2019 Dec;24(12):4605–20.
27. Grilo AM, Uva A de S, Caldas B do N, Gouvêa CSD, Reis CT, Serranheira F, et al. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. 2nd ed. Fiocruz, editor. 2019.
28. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. 2020.
29. Pereira MRG, Lima E de FA, Figueiredo KC, Fiorin BH, Lima R de CD, Primo CC, et al. Quality Diagnosis: Software para gestão de riscos em serviços de diagnóstico por imagem. Research, Society and Development. 2022 Aug 24;11(11):e336111133413.

30. Depallens MA, Guimarães JM de M, Faria L, Cardoso AJC, Almeida-Filho N. Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24.
31. Faria VA, Badaró ML de S, Rodrigues E, Hodja R, Mendes ME, Sumita NM. Perigos e riscos na medicina laboratorial: identificação e avaliação. *J Bras Patol Med Lab*. 2011 Jun;47(3):241–7.
32. Souza AL de, Vendruscolo C, Antunes de Azambuja Zocche DA de A, Ascari RA, Schopf K, Pedroso Oliveira B. Prevenção quaternária: percepções, possibilidades e desafios na atenção primária à saúde. *Enfermagem Brasil*. 2022 Jan 31;20(6):764–82.
33. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG da, Tanaka OY. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. *Cad Saude Publica*. 2021;37(11).
34. Ramos S, Trindade L. Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno hospital*; 2011.
35. Regulamento - Gestão do Risco Clínico - CIRCULAR NORMATIVA Nº. 07/11. 2011 Feb.
36. Bruno P. Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas de Implementação em Portugal. 1st ed. Wolters Kluwer Portugal, Coimbra Editora, editors. Coimbra; 2010.
37. Lima SS. Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
38. Instituto Português de Qualidade. Norma Portuguesa - Sistemas de Gestão da Qualidade Requisitos (ISO 9001:2015). 2015.
39. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000 Mar 18;320(7237):768–70.
40. Vincent C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* [Internet]. 2001 Mar 3 [cited 2023 Oct 26];322(7285):517–9. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/19/2/148>
41. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, et al. The Safety of Inpatient Health Care. *New England Journal of Medicine*. 2023 Jan 12;388(2):142–53.
42. Bañeres J, Orrego C, Navarro L, Casas L, Banqué M, Suñol R. Epidemiología de los eventos adversos hospitalarios en Catalunya: un primer paso para la mejora de la seguridad del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2014 Jul;143:3–10.
43. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec 18;14(1):311.
44. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Uva MS, Nunes C. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018 Mar 1;30(2):132–7.

45. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017 Oct 9;51(0).
46. Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Oláh A, Onchonga D, Hammoud S, Amer F, et al. The relationships between paediatric nurses' social support, job satisfaction and patient adverse events. *Nurs Open* [Internet]. 2021 Nov 2 [cited 2023 Oct 26];8(6):3575–82. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.907>
47. King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM. Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. *Qual Saf Health Care*. 2010 Apr 1;19(2):148–57.
48. Ribeiro AM. *Abordagem Multidimensional da Segurança do Doente nas Instituições de Saúde do Sector Público da Região do Algarve – Portugal*. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2018.
49. *Relatório de Gestão de Risco - Unidade Local de Saúde do Algarve*. 2023.
50. Ramos S, Trindade L. Incidentes de segurança do doente. *Porquê Relatar? tecno hospital*. 2013.
51. Walsh K, Burns C, Antony J. Electronic adverse incident reporting in hospitals. *Leadership in Health Services*. 2010 Oct 5;23(4):292–303.
52. Fonseca JMD. *Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar: avaliação do impacte da sua aplicação*. [Évora]: Universidade de Évora; 2012.
53. Direção-Geral da Saúde. *Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA - 2013* [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0022014-de-25022014.aspx>
54. Antunes NS. *NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E SEGURANÇA DO DOENTE: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS*. [Viseu]: Instituto Politécnico de Viseu; 2015.
55. Direção-Geral da Saúde. *Norma N°017/2022 - Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. 2022.
56. Reis FL. *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Pactor, editor. 2010.
57. Fortin MF. *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta, editor. 2009.
58. Rowin EJ, Lucier D, Pauker SG, Kumar S, Chen J, Salem DN. Does Error and Adverse Event Reporting by Physicians and Nurses Differ? *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008 Sep;34(9):537–45.
59. Rall M, van Gessel E, Staender S. Education, teaching & training in patient safety. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011 Jun;25(2):251–62.
60. Silva LC da, Caldas CP, Fassarella CS, Souza PS de. Effect of the organizational culture for patient safety in the hospital setting: A systematic review. *Aquichan*. 2021 Jun 25;21(2):1–16.
61. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2023 Nov

- 28];65(23):2276–84. Available from: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/65/23/2276/5129506?redirectedFrom=fulltext>
62. Sampieri RH, Lucio MDPB, Collado CF. Metodologia de Pesquisa. 5th ed. Porto Alegre: Penso, editor. 2013.
 63. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS. 6th ed. Edições Sílabo, editor. 2014.
 64. Instituição - CH | Algarve - SNS [Internet]. [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
 65. Área de Influência - CH | Algarve - SNS [Internet]. [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/area-de-influencia/>
 66. Número de Funcionários - CH | Algarve - SNS [Internet]. [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://www.chualgarve.min-saude.pt/chalgarve-em-numeros/numero-de-funcionarios/>
 67. Carmo H, Ferreira MM. Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem. Universidade Aberta, editor. Lisboa; 1998.
 68. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referência, 3(4), 37-48. 2011 Jul;
 69. Amaral C, Sequeira C, Albacar-Riobóo N, Coelho J, Pinho LG, Ferré-Grau C. Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review. J Patient Saf. 2023 Jan;19(1):48–58.
 70. WHO. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Atlanta: World Health Organization; 2011.
 71. Soydemir D, Seren Intepeler S, Mert H. Barriers to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses. West J Nurs Res. 2017 Oct 30;39(10):1348–63.
 72. 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 31;IV Série(19):99–106.
 73. Luconi F, Boillat M, Mak S, Chartrand D, Korah N, Daly M, et al. Patient Safety and Quality of Care are Everybody's Business: Evaluating the Impact of a Continuing Professional Development Program beyond Satisfaction. MedEdPublish. 2019 Mar 11;8:46.
 74. VHA National Center for Patient Safety. Advanced Fellowship in Patient Safety [Internet]. [cited 2024 Jun 11]. Available from: <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/training/fellows.asp>

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário utilizado no estudo

Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: perspetiva dos profissionais de saúde

Caro participante,

No âmbito do XI curso em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve em parceria com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, estou a elaborar um projeto de mestrado sob orientação da Professora Doutora Anabela Ribeiro e da Técnica Superior Diagnóstico e Terapêutica Especialista em Análises Clínicas Selene Nunes, cujo tema é "Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: perspetiva dos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde Hospitalar".

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento de um breve questionário tendo como objetivo principal analisar a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e segurança do doente no Centro Hospitalar Universitário do Algarve.

É garantida a confidencialidade e anonimato das informações recebidas e serão apenas utilizadas para fins estatísticos. Não haverá prejuízo dos seus direitos se não consentir ou desistir a qualquer momento em qualquer fase do processo de investigação. Os dados serão divulgados através de publicação científica e armazenados pela equipa de investigação por um período de 3 anos.

O questionário é breve e tem a duração de aproximadamente 10 minutos. Ao preencher o questionário fica implícito que aceita e autoriza a utilização dos dados obtidos para fins de investigação.

Estou disponível para esclarecimentos adicionais através do email: catarina.carrilho6@gmail.com

Obrigado pela sua colaboração.

Catarina Carrilho (TSDT Análises Clínicas, CHUA)

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1. Género *

- Masculino
- Feminino

2. Tempo a exercer funções na Instituição *

- Inferior a 2 anos
- Entre 2 a 5 anos
- Entre 6 a 10 anos
- Entre 11 a 20 anos
- Mais de 21 anos

3. Categoria Profissional *

- Assistente Operacional
- Enfermeiro
- Médico
- Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica - TSDT
- Técnico Superior de Saúde
- Outro

4. Serviço Hospitalar *

- Serviços Clínicos - Internamento
- Serviços Clínicos – Ambulatório
- Serviços Clínicos – Meios Complementares Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs)
- Serviço Apoio Clínico
- Serviços Técnicos e Administrativos

5. Onde adquiriu formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente *

- Não adquiri formação sobre o tema
- Instituição de Ensino Superior - Licenciatura
- Instituição de Ensino Superior - Pós-Graduação
- Instituição de Ensino Superior - Mestrado
- Instituição de Ensino Superior - Doutoramento
- Especialização/ Internato
- Instituição Hospitalar
- Outro

Parte II - Perspetiva dos profissionais de saúde sobre a notificação de incidentes e eventos adversos e segurança doente

1. Tem conhecimento sobre a existência de um sistema informático de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar? *

- Sim
- Não

2. Nos últimos 12 meses quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes/eventos adversos: (Escolha apenas Uma das opções) *

- Nenhum
- 1 a 2 incidentes/eventos adversos;
- 3 a 5 incidentes/eventos adversos;
- 6 a 10 incidentes/eventos adversos;
- 11 a 20 incidentes/eventos adversos;
- 21 ou mais incidentes/eventos adversos.

3. Indique com que frequência notifica uma ocorrência no seu serviço tendo em conta a gravidade: *

	Nunca	Raramente	Por vezes	Maioria das vezes	Sempre
Reduzida: quando o utente não sofre lesões; não requer aumento dos cuidados de saúde prestados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tolerável: quando o utente requer um ligeiro aumento dos cuidados de saúde (por exemplo - primeiros socorros); Tem implicações menores no doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grave: quando o utente sofre uma lesão/doença moderada com necessidade de cuidados de saúde. Tem um impacto moderado no doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muito Grave: quando o utente sofre uma lesão/doença grave com incapacidade e/ou invalidez prolongada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Catastrófico: quando o utente morre ou sofre lesões múltiplas, sequelas incapacitantes, permanentes ou irreversíveis não relacionadas com a evolução natural da doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Dos incidentes e eventos adversos a seguir descritos, identifique aqueles que * já aconteceram no seu local de trabalho e se foram notificados.

	Nunca aconteceu	Já aconteceu e não notifiquei	Já aconteceu e foi notificado	Não aplicável
Quedas de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesão por pressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infeções associadas aos cuidados de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erros na identificação do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de Material / Roupa / Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de material clínico e medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfunção do sistema informático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erros de prescrição de medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transmissão da informação médica errada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erro de administração de medicamentos (dose/produto/frequência/via de administração)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conflito com o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reações alérgicas a medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eventos cirúrgicos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erros de administração de sangue e derivados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falhas no transporte de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Considera que os seguintes fatores contribuem para a não notificação de eventos adversos no seu local de trabalho? *

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Falta de conhecimento sobre o sistema de notificação de eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O sistema de notificação é pouco acessível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de tempo para notificar eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medo de represálias, como a perda de emprego ou processo disciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receio de afetar a sua credibilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receio de afetar a credibilidade da instituição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de confidencialidade do sistema de notificação de eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de suporte dos colegas e chefias para notificação de eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de formação e sensibilização para a notificação de eventos adversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Não sabe quais os incidentes ou eventos que devem ser notificados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente torna desnecessária a notificação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A notificação não é relevante para a qualidade dos cuidados de saúde prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. A instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para formação * e sensibilização dos profissionais para o tema segurança do doente.

- Discordo Totalmente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo Totalmente

7. Qual a sua percepção sobre a cultura organizacional da instituição em relação * à segurança do doente?

- Positiva- a instituição prioriza a segurança do paciente, promovendo uma abordagem proativa, de sensibilização e redução de erros
- Negativa – existe uma tendência de culpabilização dos erros e uma abordagem desalinhada por parte da instituição

8. Como classifica a segurança do doente no seu serviço? *

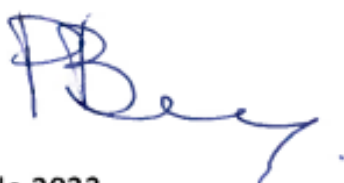
- Excelente
- Muito Boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

Anexo 2 - Autorização para o uso do questionário da Dra. Paula Bruno

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a investigadora **Catarina Carrilho**, no Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde na Escola Superior de Tecnologias de Lisboa, a utilizar o questionário que elaborei e apliquei na investigação realizada no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2007-2009), que se encontra publicado sob o título “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal”, na Wolters Kluwer Portugal, Coimbra Editora.

Paula Bruno

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'PBey', is written over the printed name 'Paula Bruno'.

Lisboa, 24 de Abril de 2023

Anexo 3 - Questionário original da Dra. Paula Bruno

1	Profissão:	
	Médico	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro	<input type="checkbox"/>

2	Idade:	
	< 21 anos	<input type="checkbox"/>
	21 a 30 anos	<input type="checkbox"/>
	31 a 40 anos	<input type="checkbox"/>
	41 a 50 anos	<input type="checkbox"/>
	51 a 60 anos	<input type="checkbox"/>
> 60 anos	<input type="checkbox"/>	

3	Sexo:	
	Feminino	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>

4	O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação (Joint Commission/ HealthQuality Service)		
	Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não Sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	No seu Hospital está implementado um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências?		
	Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6	Concorda com o sistema do seu hospital?		
	Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Para cada questão assinale com X a sua resposta conforme a escala?					
		1, nunca	2, raramente	3, por vezes	4, a maioria das vezes	5, sempre
	Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente</u> , com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quando o evento/ocorrência <u>provoca dano moderado</u> , com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Quando o <u>dano é trágico</u> (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8

Nos últimos 12 meses, quantos registos de eventos/ocorrências preencheu e entregou?
(Escolha apenas UMA resposta)

Nenhum	
1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	
3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	
6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	
11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	
21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	

9

Dos eventos/ocorrências que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Diga também se os registou por escrito.

Eventos / Ocorrências	N aconteceu	Registei por escrito
1. Quedas dos doentes		
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/alimentos		
4. Falta de material clínico e medicamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objectos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente		
8. Falta do processo do doente nas consultas		
9. Erro da identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		
12. Transmissão da informação médica errada		
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)		
15. Prescrição incorrectamente preenchida ou mal legível		
16. Erro na interpretação de um exame		
17. Troca de relatório do exame		
18. Infecções associadas aos cuidados de saúde		
19. Contagem incorrecta de compressas numa cirurgia		
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
22. Erro do local a operar		
23. Erro relacionado com a anestesia		
24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada		

10

Não regista os eventos/ocorrências porque?

	5. Concordo Totalmente	4. Concordo	3. Não Concordo nem Discordo	2. Discordo	1. Discordo Totalmente
Tenho receio de processo disciplinar					

10	Não regista os eventos/ocorrências porque?					
		5. Concordo Totalmente	4. Concordo	3. Não Concordo nem Discordo	2. Discordo	1. Discordo Totalmente
	Quando há muito trabalho esqueço de registar					
	Tenho receio de um processo judicial					
	Os meus colegas não apoiam o registo					
	Não quero que o caso seja discutido em reunião					
	Não sei quais os incidentes que têm de ser registados					
	As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo					
	Desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais					
	O registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados					
	Os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes adversos					
	Receio de afectar a minha credibilidade					
	Receio de afectar a credibilidade da instituição					
	Outro:					

11	Se existisse legislação que garantisse a confidencialidade dessa informação (proibição expressa de ser revelada e usada como meio de prova contra si em processo judicial ou disciplinar) registaria estes eventos?	Sim	Não
1. Quedas dos doentes			
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos/médicos			
3. Falta de material/roupa/alimentos			
4. Falta de material clínico e medicamentos			
5. Disfunções do sistema informático			
6. Desaparecimento de valores/objectos pessoais do doente			
7. Conflitos com o doente			
8. Falta do processo do doente nas consultas			
9. Erro da identificação do doente			
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente			
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente			
12. Transmissão da informação médica errada			
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco			
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)			
15. Prescrição incorrectamente preenchida ou mal legível			
16. Erro na interpretação de um exame			
17. Troca de relatório do exame			
18. Infecções associadas aos cuidados de saúde			
19. Contagem incorrecta de compressas numa cirurgia			
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia			
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)			
22. Erro do local a operar			
23. Erro relacionado com a anestesia			
24. Erro de administração de sangue			
25. Morte inesperada			

12	Concorda com a criação de um sistema a nível nacional de registo e notificação de eventos/ocorrências, com o objectivo de identificar, analisar, aprender e implementar estratégias para reduzir e/ou eliminar potenciais riscos para os doentes?	Sim	

13	Em sua opinião este sistema deveria ser unânime?	Sim	

14	Esse sistema deveria ser:	Obrigatório	
		Voluntário	

15	Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho no Hospital, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta).
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Excelente Muito Boa Aceitável Fraca Muito Fraca

Anexo 4 - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA para a realização do estudo

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, L.P.
Departamento de Ensino, Investigação e Condição
Rua do Colégio nº 538 845-947

Entidade regulada pelo ASES
Processo de Registo nº 02/03/2009
N.º de Licença nº 15/02/2009



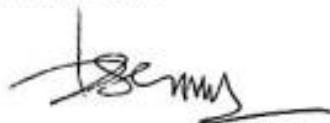
Declaração

Para os devidos efeitos declara-se que o estudo de investigação "Notificação de Incidentes e eventos adversos: perspetiva dos profissionais numa Unidade de Saúde Hospitalar" teve como investigadora principal, Catarina Fernandes Baptista Carrilho, sendo que obteve o Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde a **17-08-2023** e foi autorizado pelo Conselho de Administração a **01-09-2023**.

Portimão, 03 de Outubro de 2023

O Diretor de Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Francisco Serra



CHUA, L.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e
Investigação
O Diretor

Anexo 5 – Declaração de Conflito de Interesses

Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses

Eu, Catarina Fernandes Baptista Carrilho, estudante de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, a realizar o projeto intitulado “Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: perspetiva dos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde Hospitalar”, declaro não estar abrangida, na presente data, por quaisquer conflitos de interesses relacionados com o objeto ou com os participantes no procedimento em causa.

Mais declara que se, durante o tempo decorrido até à conclusão do projeto, tiver conhecimento da participação nele de operadores económicos relativamente aos quais possa existir um conflito de interesses disso darei de imediato conhecimento ao órgão competente da entidade adjudicante.

Portimão, 20 de novembro 2023



(Catarina Carrilho)

Anexo 6 – Autorização da Comissão de Ética da ESTSL para a realização do estudo

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.75-2023 – Catarina Fernandes Baptista Carrilho
TÍTULO DO PROJETO: Notificação de Incidentes e Eventos Adversos: perspetiva dos profissionais de saúde numa Unidade de Saúde Hospitalar
TIPO de Projeto/Estudo: Dissertação de Mestrado GATS
ORIENTADOR: Dra. Anabela Ribeiro e a Dra. Selene Nunes
INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, do Instituto Politécnico de Lisboa; Universidade do Algarve
Instituição(ões) envolvidas: ESTeSL- IPL; CHUA
SUBMISSÃO do PROJETO: 21 de novembro de 2023

Exma. Senhora Professora Dra. Anabela Ribeiro
Exma. Senhora Professora Dra. Selene Nunes
Exma. Senhora Dra. Catarina Carrilho, estudante de mestrado

Após os esclarecimentos, a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.89.01- Parque das Nações
1990-096 Lisboa | Portugal
conselhodeetica@estesl.ipl.pt
+351 218980488 (ext. 674)

Anexo 7 - Coeficientes de consistência interna (α - Cronbach) para cada item após um item ser removido da análise

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Gênero	113,20	175,511	,615	,716
Tempo a exercer funções	112,60	180,044	-,021	,731
Categoria Profissional	112,30	170,233	,235	,718
Serviço Hospitalar	113,10	181,211	-,055	,732
Formação no âmbito da notificação de eventos adversos e segurança do doente	110,60	171,822	,049	,744
Frequência de notificação de incidentes e eventos adversos nos últimos 12 meses	113,50	170,056	,341	,713
Frequência de notificação em função das consequências para o doente	112,60	171,156	,220	,719
Frequência de notificação em função das consequências para o doente	112,00	162,667	,406	,706
Frequência de notificação em função das consequências para o doente	111,50	158,278	,454	,701
Frequência de notificação em função das consequências para o doente	111,20	170,622	,148	,726
Frequência de notificação em função das consequências para o doente	111,20	170,622	,148	,726
Principais incidentes e eventos adversos	112,80	186,622	-,342	,737
Principais incidentes e eventos adversos	113,00	180,222	-,017	,729
Principais incidentes e eventos adversos	112,80	173,289	,570	,713

Principais incidentes e eventos adversos	112,90	181,433	-,061	,731
Principais incidentes e eventos adversos	113,00	168,444	,508	,707
Principais incidentes e eventos adversos	112,80	170,844	,537	,710
Principais incidentes e eventos adversos	112,70	170,011	,563	,709
Principais incidentes e eventos adversos	113,10	173,656	,299	,716
Principais incidentes e eventos adversos	112,70	173,344	,302	,716
Principais incidentes e eventos adversos	112,90	167,656	,515	,706
Principais incidentes e eventos adversos	112,80	177,289	,128	,723
Principais incidentes e eventos adversos	113,10	165,211	,709	,701
Principais incidentes e eventos adversos	113,20	174,400	,205	,720
Principais incidentes e eventos adversos	113,20	172,178	,415	,713
Principais incidentes e eventos adversos	112,40	169,156	,635	,707
Principais incidentes e eventos adversos	112,50	170,056	,561	,709
Principais incidentes e eventos adversos	112,40	175,156	,421	,716
Principais incidentes e eventos adversos	113,00	168,444	,508	,707
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	111,90	173,656	,155	,723
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	111,70	171,789	,247	,717
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	111,30	180,900	-,053	,735

Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,40	174,267	,192	,720
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,50	170,500	,325	,714
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,80	165,956	,502	,705
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,00	180,667	-,022	,728
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,00	183,778	-,142	,736
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	111,60	179,600	-,007	,731
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,00	175,333	,126	,724
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	112,30	163,789	,686	,699
Principais fatores para a não notificação de incidentes e eventos adversos	113,20	179,067	,027	,728
A instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais para o tema segurança do doente.	112,30	173,789	,306	,716
Percepção da cultura organizacional da instituição em relação à segurança do doente	113,70	184,011	-,251	,731
Grau de segurança do doente no seu serviço	112,50	188,278	-,319	,742

Anexo 8 – Análise Estatística

Teste estatístico Qui-Quadrado

H0: Não existe associação entre o nível de conhecimento e o gênero

H1: Existe associação entre o nível de conhecimento e o gênero

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,300 ^a	1	,584		
Continuity Correction ^b	,106	1	,744		
Likelihood Ratio	,309	1	,578		
Fisher's Exact Test				,662	,381
	,299	1	,585		
Linear-by-Linear Association					
N of Valid Cases	192				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,23.

b. Computed only for a 2x2 table

H0: Não existe associação entre o nível de conhecimento e o Tempo a exercer funções na instituição

H1: Existe associação entre o nível de conhecimento e o Tempo a exercer funções na instituição

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	4,228 ^a	4	,376
Likelihood Ratio	4,441	4	,350
Linear-by-Linear Association	3,232	1	,072
N of Valid Cases	192		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,58.

H0: Não existe associação entre o nível de conhecimento e a categoria profissional

H1: Existe associação entre o nível de conhecimento e a categoria profissional

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,331 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	36,328	3	,000
Linear-by-Linear Association	1,866	1	,172
N of Valid Cases	192		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,81.

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal		
Phi	,429	,000
Cramer's V	,429	,000
N of Valid Cases	192	

Tem conhecimento sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar? * Categoria_profissional Crosstabulation

		Categoria_profissional				Total	
		Outros	Enfermeiros	Médicos	TSDTs		
Tem conhecimento sobre a existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos na Instituição Hospitalar?	Sim	Count	20	70	42	29	161
		Expected Count	30,2	59,5	39,4	31,9	161,0
		Standardized Residual	-1,9	1,4	,4	-,5	
	Não	Count	16	1	5	9	31
		Expected Count	5,8	11,5	7,6	6,1	31,0
		Standardized Residual	4,2	-3,1	-,9	1,2	
Total	Count	36	71	47	38	192	
	Expected Count	36,0	71,0	47,0	38,0	192,0	

H0: Não existe associação entre o nível de conhecimento e Onde adquiriu formação

H1: Existe associação entre o nível de conhecimento e Onde adquiriu formação

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	13,187 ^a	5	,022
Likelihood Ratio	14,949	5	,011
Linear-by-Linear Association	2,460	1	,117
N of Valid Cases	192		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,94.

Testes estatístico não paramétrico Mann-Whitney e Kruskal-Wallis

H0: a distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses é igual entre Géneros.

H1: existem diferenças significativas na distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses entre Géneros.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Número de notificações nos últimos 12 meses is the same across categories of Género.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,215	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary

Total N	192
Mann-Whitney U	3970,500
Wilcoxon W	5296,500
Test Statistic	3970,500
Standard Error	302,508

Standardized Test Statistic	1,240
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,215

H0: a distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses é igual entre as categorias Tempo a exercer funções na instituição.

H1: existem diferenças significativas na distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses entre as categorias Tempo a exercer funções na instituição.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Número de notificações nos últimos 12 meses is the same across categories of Tempo a exercer funções na Instituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,562	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	192
Test Statistic	2,974 ^{a,b}
Degree Of Freedom	4
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,562

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

H0: a distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses é igual entre as categorias Onde adquiriu formação.

H1: existem diferenças significativas na distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses entre as categorias Onde adquiriu formação.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Número de notificações nos últimos 12 meses is the same across categories of Formação_instituição.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,056	Retain the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	192
Test Statistic	10,755 ^{a,b}
Degree Of Freedom	5
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,056

a. The test statistic is adjusted for ties.

b. Multiple comparisons are not performed because the overall test does not show significant differences across samples.

H0: a distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses é igual entre as Categorias profissionais.

H1: existem diferenças significativas na distribuição do número de notificações nos últimos 12 meses entre as categorias profissionais.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Número de notificações nos últimos 12 meses is the same across categories of Categoria_profissionalv2.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,002	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is ,050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	192
Test Statistic	14,941 ^a
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,002

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of Categoria_profissionalv2

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
Outros-TSDTs	-4,381	11,497	-,381	,703	1,000
Outros-Médicos	-25,640	10,948	-2,342	,019	,115
Outros-Enfermeiros	-32,701	10,114	-3,233	,001	,007
TSDTs-Médicos	21,260	10,784	1,971	,049	,292
TSDTs-Enfermeiros	28,320	9,935	2,850	,004	,026
Médicos-Enfermeiros	7,061	9,295	,760	,447	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

H0: A distribuição de “A instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais para o tema segurança do doente” é a mesma em todas as categorias profissionais;

H1: A distribuição de “A instituição disponibiliza tempo, recursos e meios adequados para formação e sensibilização dos profissionais para o tema segurança do doente” é diferente em pelo menos uma das categorias profissionais.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary

Total N	192
Test Statistic	12,202 ^a
Degree Of Freedom	3
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,007

a. The test statistic is adjusted for ties.

Pairwise Comparisons of Categoria_profissional

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
Médicos-Enfermeiros	27,839	9,994	2,786	,005	,032
Médicos-TSDTs	-32,193	11,594	-2,777	,005	,033
Médicos-Outros	34,461	11,771	2,928	,003	,020
Enfermeiros-TSDTs	-4,355	10,682	-,408	,684	1,000
Enfermeiros-Outros	6,622	10,874	,609	,543	1,000
TSDTs-Outros	2,268	12,361	,183	,854	1,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

