



ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
DE LISBOA



POLITÉCNICO  
DE LISBOA

POLYTECHNIC  
UNIVERSITY  
OF LISBON



UAlg ESS

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

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

**CONTRIBUTOS PARA O ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A  
CULTURA DE SEGURANÇA E A PREVALÊNCIA DE QUEDAS  
DOS DOENTES INTERNADOS NA ULSAC**

CATARINA ISABEL ESTEVES QUARESMA

DOUTORA MARGARIDA MARIA E SILVA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

DOUTORA CARINA SOARES DA SILVA, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE  
LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ENFERMEIRA ESPECIALISTA MANUELA ALEXANDRA RODRIGUES PINTO,  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

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

**CONTRIBUTOS PARA O ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A  
CULTURA DE SEGURANÇA E A PREVALÊNCIA DE QUEDAS  
DOS DOENTES INTERNADOS NA ULSAC**

CATARINA ISABEL ESTEVES QUARESMA

**ORIENTADORES:**

DOUTORA MARGARIDA MARIA E SILVA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

DOUTORA CARINA SOARES DA SILVA, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ENFERMEIRA ESPECIALISTA MANUELA ALEXANDRA RODRIGUES PINTO, UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALENTEJO CENTRAL

**JÚRI**

PRESIDENTE: DOUTOR LUIS PEDRO VIEIRA RIBEIRO, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ARGUENTE: DOUTORA LEILA MIRIAM SALES, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ORIENTADORA: DOUTORA MARGARIDA MARIA E SILVA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(Esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2025

## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho final de mestrado é fruto de um enorme esforço, empenho e dedicação, sendo que a sua concretização só se tornou possível devido ao apoio de diversas pessoas importantes para mim, e que estiveram sempre presentes durante esta árdua caminhada.

Assim, expresso os meus humildes agradecimentos:

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Margarida Eiras, Professora Doutora Carina Silva e Enfermeira Especialista Manuela Pinto, pela orientação que me proporcionaram ao longo deste processo.

Aos meus pais e amigos, por me terem apoiado desde o início, dado a oportunidade de investir na minha formação, e por lutarem incondicionalmente a meu lado para que fosse possível concluir esta etapa de forma positiva.

Por fim, quero agradecer aos colaboradores da ULSAC pela disponibilidade apresentada em participar no presente trabalho, sem a sua colaboração o mesmo não seria possível. Em especial aos Enfermeiros Diretores e Diretores Clínicos pelo auxílio na dinamização dos Questionários da Avaliação da Cultura de Segurança junto dos profissionais de saúde, e demais colaboradores da ULSAC.

## RESUMO

**Introdução:** A segurança do doente continua a ser um dos principais desafios das organizações de saúde, apesar dos avanços já alcançados. Os eventos adversos, como as quedas, continuam a ser frequentes e preocupantes, destacando-se a urgência de reforçar a cultura de segurança nos hospitais de forma eficaz e sustentável. O objetivo do presente trabalho é estudar a relação entre a cultura de segurança e a prevalência de quedas dos doentes internados na ULSAC com vista à melhoria contínua.

**Metodologia:** Este é um estudo descritivo transversal, tem como base a análise de dados resultantes da aplicação do questionário HSOPS 1.0, no ano de 2016, pela DGS ao universo de 1458 colaboradores da ULSAC, bem como a recolha, tratamento e análise de dados das quedas hospitalares, em contexto de internamento no biénio 2023/2024.

**Resultados:** A taxa de adesão ao estudo foi de 23,9%. A maioria dos profissionais classificou a segurança do doente como “muito boa” ou “aceitável”. As dimensões mais valorizadas foram “Trabalho em equipa” (71%), “Aprendizagem organizacional” (67%) e “Abertura na comunicação” (60%). Como oportunidades de melhoria destacaram-se o “Apoio da gestão”, “Notificação de eventos” e “Resposta não punitiva ao erro”. A maioria das quedas ocorreu no quarto (78,5%) e em doentes com alto risco (59,7%), sendo a confusão o principal fator intrínseco e falta de iluminação do extrínseco. As quedas aconteceram predominantemente no turno da manhã (38,7%) e 95% das medidas preventivas foram registadas como implementadas.

**Conclusão:** Uma cultura de segurança robusta reduz as quedas hospitalares e melhora a qualidade dos cuidados prestados.

**Palavras-chave:** Segurança do Doente; Cultura de Segurança do Doente; Quedas; HSOPS 1.0;

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Patient safety continues to represent a major challenge for healthcare organizations, despite notable advances in recent years. Adverse events, such as falls, remain frequent and concerning, underscoring the urgent need to strengthen safety culture in hospitals in a sustainable and effective manner. The present study aims to investigate the relationship between safety culture and the prevalence of inpatient falls at ULSAC, with the ultimate goal of fostering continuous improvement.

**Methodology:** This descriptive, cross-sectional study is based on the analysis of data obtained from the administration of the HSOPS 1.0 questionnaire in 2016 by the Directorate-General of Health (DGS) to all 1,458 staff members of ULSAC. In addition, data on inpatient falls occurring during the 2023–2024 biennium were collected, processed, and analyzed.

**Results:** The study achieved a participation rate of 23.9%. Most healthcare professionals rated patient safety as “very good” or “acceptable”. The most positively evaluated dimensions were *Teamwork* (71%), *Organizational Learning* (67%), and *Open Communication* (60%). Areas identified for improvement included *Management Support*, *Event Reporting*, and *Non-Punitive Response to Error*. The majority of falls occurred in patient rooms (78.5%) and involved high-risk patients (59.7%), with confusion identified as the primary intrinsic factor and inadequate lighting as the principal extrinsic factor. Falls were most frequent during the morning shift (38.7%), and 95% of preventive measures were documented as implemented.

**Conclusion:** A robust safety culture is associated with a reduction in hospital falls and contributes to improved quality of care.

**Key words:** Patient Safety; Patient Safety Culture; Falls; HSOPS 1.0;

# ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	I
RESUMO .....	II
ABSTRACT.....	III
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
ÍNDICE DE QUADROS .....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII
LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS .....	IX
INTRODUÇÃO.....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1 Segurança do Doente .....	3
1.2 Cultura de Segurança do Doente .....	8
1.3 Avaliação da cultura de segurança.....	12
1.4 Quedas em contexto hospitalar .....	17
2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	20
2.1 Desenho do estudo .....	20
2.2 População alvo e amostragem .....	20
2.3 Métodos, ferramentas e variáveis em estudo .....	20
2.4 Estratégias para análise dos dados .....	23
2.5 Questões éticas e de confidencialidade .....	23
3. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	23
3.1 Questão de investigação 1: Qual o nível de cultura de segurança dos doentes na ULSAC?.....	23
3.1.1 Caracterização do hospital .....	24
3.1.2 Resultados do estudo da ACSD-H 1.0 na ULSAC .....	24
3.2 Questão de investigação 2: Qual o número total de quedas hospitalares, em contexto de internamento, no biénio 2023/2024 na ULSAC? .....	31
3.2.1 Análise do número de quedas por serviço e biénio. ....	32
3.2.2 Prevalência de quedas. ....	33

3.2.3 Qual a localização, no internamento, onde ocorrem mais quedas?.....	34
3.2.4 Qual o Risco da Escala de Morse que mais se destacou? .....	35
3.2.5 Qual o fator de risco intrínseco associado às quedas, que mais se destacou? .....	35
3.2.6 Qual o fator de risco extrínseco associado às quedas, que mais se destacou? .....	36
3.2.7 Da totalidade das quedas, quantas tiveram consequências? .....	36
3.2.8 Qual o turno onde se verificaram mais quedas? .....	38
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	39
4.1 Contributo do trabalho para o progresso do conhecimento científico .....	42
4.2 Limitações do trabalho e sugestões para futuras investigações .....	43
CONCLUSÃO .....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	66
APÊNDICE .....	94

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 3.1 – Média (em percentagem) das respostas às 12 dimensões do HSOPS na ULSAC e a nível nacional.....	30
Tabela 3.2 – Número de quedas por ano .....	32
Tabela 3.3 – Prevalência de quedas em 2023 .....	33
Tabela 3.4 – Prevalência de quedas 2024 .....	34

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1.1 – Dimensões da Cultura de Segurança HSOPSC 2.0 versão portuguesa .....	15
Quadro 2.1 – Instrumentos e variáveis em estudo .....	22
Quadro 3.1 – Dimensões do HSOPS 1.0 versão portuguesa .....	24

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Distribuição das respostas ao HSOPS por sexo.....	25
Gráfico 3.2 – Distribuição das respostas ao HSOPS por faixas etárias.....	26
Gráfico 3.3 – Distribuição das respostas ao HSOPS por experiência profissional da instituição.....	26
Gráfico 3.4 – Distribuição das respostas ao HSOPS por experiência no serviço/unidade.....	27
Gráfico 3.5 – Distribuição das respostas ao HSOPS por interação do profissional com o doente.....	27
Gráfico 3.6 – Distribuição das respostas ao HSOPS por grupo profissional.....	28
Gráfico 3.7 – Distribuição das respostas ao HSOPS por serviço/unidade.....	28
Gráfico 3.8 – Distribuição das respostas ao HSOPS por avaliação geral sobre a segurança do doente.....	29
Gráfico 3.9 – Distribuição das respostas ao HSOPS pelo número de notificações realizadas no último ano.....	31
Gráfico 3.10 – Quedas distribuídas por serviço/unidade.....	33
Gráfico 3.11 – Quedas distribuídas por local de ocorrência.....	35
Gráfico 3.12 – Quedas distribuídas segundo o Risco da Escala de Morse.....	35
Gráfico 3.13 – Distribuição dos Fatores de Risco Intrínsecos.....	36
Gráfico 3.14 – Distribuição dos Fatores de Risco Extrínsecos.....	36
Gráfico 3.15 – Existência de consequências das quedas.....	37
Gráfico 3.16 – Descrição das consequências das quedas.....	37
Gráfico 3.17 – Quedas distribuídas pelo horário de ocorrência.....	38
Gráfico 3.18 – Implementação das medidas preventivas.....	38
Gráfico 3.19 – Descritivo das medidas preventivas implementadas.....	39

## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

ACSD – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

DGS – Direção-Geral da Saúde

EA – Eventos Adversos

HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

SD – Segurança do Doente

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PAMSD – Plano Ação Mundial para Segurança dos Doentes

PNSD – Plano Nacional para Segurança dos Doentes

TFM – Trabalho Final de Mestrado

OMS – Organização Mundial da Saúde

## INTRODUÇÃO

A segurança do doente (SD) apresenta-se como um dos grandes desafios para as organizações de saúde deste século (Brás et al., 2023), pois embora os avanços na sua abordagem desde o lançamento do *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo Institute of Medicine (2000), a ocorrência de eventos adversos (EA), duas décadas depois, continua a ser uma realidade nos serviços de saúde a nível mundial (Sousa et al., 2021). Diversos estudos dos últimos anos estimam que entre 4 e 17% dos internamentos hospitalares culminam em EA, sendo dos episódios mais comumente observados nas unidades de saúde (Baines et al., 2013; Sousa et al., 2018).

Segundo Takase (2023), a taxa de quedas a nível hospitalar variou entre 2 a 10 por cada 1000 dias de internamento. O mesmo autor, menciona ainda que as quedas são, nos cuidados hospitalares, uma verdadeira e devastadora complicação sobretudo em doentes com idade superior a 65 anos. Estudos epidemiológicos demonstram que existem 3 a 5 quedas por 1000 camas/dia, estimando a Agência de Investigação e Qualidade em Saúde que 700.000 a 1 milhão de doentes hospitalizados caem a cada ano (Patient Safety Network, 2019).

Assim, compreender a importância da SD apresenta-se como um desafio fundamental, que nestes últimos anos se destaca nos serviços de saúde (Sousa et al., 2021). A par desta problemática, surge o conhecimento sobre a cultura de segurança dos hospitais, que pode ser mensurada, compreendida e melhorada o que torna esta área num eixo fundamental da SD, caminhando ambas lado a lado para uma melhoria contínua dos cuidados de saúde (Churruca et al., 2021).

O presente Trabalho Final de Mestrado (TFM) tem como objetivo geral: estudar a relação entre a cultura de segurança e a prevalência de quedas dos doentes internados na ULSAC com vista à melhoria contínua, e tem como objetivos específicos: avaliar o nível de cultura de SD no Hospital de ULSAC, identificar e caracterizar o número total de quedas reportadas no Hospital de ULSAC nos últimos dois anos e analisar a relação entre o nível de cultura de segurança do doente do hospital e a prevalência de quedas hospitalares.

Seguidamente, explana-se uma descrição sumária das etapas abordadas ao longo do presente TFM: **Enquadramento teórico**, que exhibe o estado da arte, abordando as temáticas em estudo, tais como a SD, a Cultura de Segurança e as Quedas em contexto hospitalar. Posteriormente segue-se a **Metodologia de Investigação**, que apresenta o desenho e o tipo de estudo instituído, população-alvo e amostragem, métodos, ferramentas e variáveis em estudo, bem como as estratégias para análise dos dados e questões éticas e de confidencialidade. Segue-se a

**Apresentação e Interpretação dos resultados**, onde se expõem os resultados encontrados e a sua respetiva interpretação, particularmente a Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (ACSD) no Hospital de ULSAC, no ano de 2016, e o número e fatores de risco associados às quedas hospitalares, no biénio de 2023/2024, na mesma instituição. Posteriormente surge a **Discussão dos resultados**, que visa responder aos objetivos propostos e confrontar os resultados recolhidos e analisados com outros investigadores da presente temática, deixando a salvaguarda dos contributos, limitações e propostas de prespetivas para investigações futuras. Por fim dispomos da **Conclusão**, capítulo que explana as principais conclusões do trabalho, dando ênfase à importância que a presente temática representa. A **Bibliografia**, apresenta as publicações que foram citadas ao longo do corpo do trabalho e que serviram de base ao desenvolvimento do mesmo e os **Anexos/Apêndice** que incluem todos os documentos fundamentais à elaboração do presente TFM.

O presente TFM elabora-se segundo as normas da APA (*American Psychological Association*) 7ª edição.

# 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Segurança do Doente

A qualidade nos cuidados de saúde não tem uma definição única e universalmente aceite (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006). O primeiro grande teórico da qualidade em saúde, que realizou estudos com impacto direto nos sistemas de saúde, vindo ainda nos dias de hoje alguns dos seus princípios serem aplicados, foi o médico e professor libanês, Avendis Donabedian. Donabedian (1990) descreve qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o doente e os menores custos. Por sua vez a OMS (2024) define qualidade nos cuidados de saúde como uma construção abrangente, que reflete a complexidade inerente a qualquer esforço para melhorar ou maximizar a saúde, tanto dos indivíduos, como das populações. Uma revisão efetuada, revelou que as definições variam consoante os contextos, os paradigmas disciplinares e os níveis de análise, assim como as dimensões associadas à qualidade (OMS, 2024).

Tendo por base as dimensões da qualidade em saúde, apresentadas na literatura, destaca-se a Segurança como uma das primordiais, que surge primeiramente com Donabedian (1990). Esta dimensão define-se como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011, p.14) A SD por sua vez define-se como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.” (DGS, 2011, p.14)

Embora os cuidados de saúde se tenham tornado mais efetivos, também se tornaram cada vez mais complexos, com um aumento da utilização das novas tecnologias, medicamentos e tratamentos. Posto isto, podem ocorrer acontecimentos inesperados em qualquer contexto da prestação de cuidados de saúde (OMS, *sd*).

A temática da SD começou a ganhar mais destaque com o lançamento do relatório do *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo Institute of Medicine, quando se estimou que existiriam 44 000 a 98 000 mil americanos a morrerem anualmente devido a erros nos cuidados de saúde (IOM, 2000). Na sequência destas estimativas, as atenções da população e dos *media* voltaram-se para o tema da SD (Neto, 2006; Wachter, 2010). Contudo, a SD não se foca apenas na prestação de cuidados sem erros, mas igualmente na prestação de cuidados no momento certo, de forma eficaz e equitativa, tendo por base a melhor e mais atual informação científica e necessidades integrais e individuais dos doentes e das suas famílias (Harada et al., 2006)

A SD é uma preocupação crescente nos hospitais, uma vez que os custos financeiros dos EA representam cada vez mais um encargo significativo para o sistema de saúde (Zecevic et al., 2017). Embora os profissionais de saúde, procurem continuamente promover os melhores cuidados, e com isso evitar incidentes, tal atitude nem sempre impede que estes ocorram (Neto, 2006).

Ao avaliar os diversos acidentes de aviação e indústrias nucleares, James Reason desenvolveu a Teoria das Falhas Ativas e Latentes, também denominada do Modelo do Queijo Suíço (**Figura 1**), dado a forma como é particularmente apresentado (Reason, 2000; Peltoma, 2012; Stein & Heiss, 2015; Wiegmann et al., 2022). De acordo com Reason (2000), os incidentes que ocorrem em sistemas complexos, como é o caso da saúde, são causados pela existência de falhas ou ausência de barreiras de segurança, em quatro níveis, dentro de um sistema sociotécnico<sup>1</sup>. Estes níveis descrevem-se como: atos inseguros dos operadores, pré-condições para atos inseguros, supervisão insegura e influências organizacionais (Wiegmann & Shappel, 2003). Reason (2000) utilizou o termo falhas ativas para descrever fatores ao nível dos atos inseguros, e o termo falhas latentes para descrever condições inseguras nos níveis mais altos do sistema.

Cada nível dentro do modelo é representado por uma fatia individual do queijo, consistindo os buracos do queijo nas falhas e/ou ausência de barreiras. Quando os buracos do queijo se alinham, proporcionam uma janela de oportunidades para a ocorrência de um incidente para o doente (Stein & Heiss, 2015).

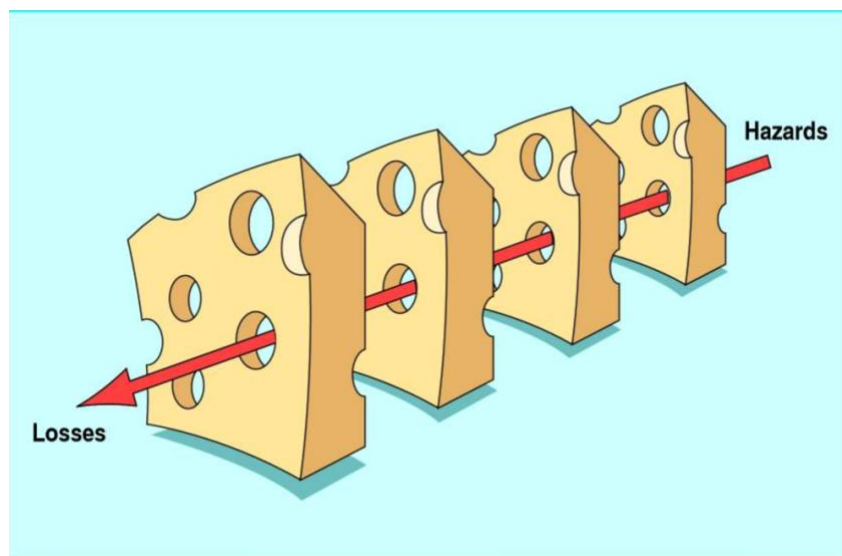
Quanto mais falhas forem identificadas, mais oportunidades teremos para melhorar a segurança do sistema, independentemente de serem ativas ou latentes, uma vez que a sua identificação terá certamente um efeito significativo na segurança do sistema se formos capazes de as deter (Wiegmann et al., 2022).

---

<sup>1</sup> “Sistema composto por pessoas de uma organização (sistema social) que deverão interagir com a tecnologia no seu local de trabalho. Essas pessoas utilizam ferramentas, técnicas e conhecimentos (sistema técnico), para produzir serviços, que devem ser avaliados pelo público-alvo da organização.” (Fonte: Associação para a Promoção e Desenvolvimento da Sociedade de Informação).

**Figura 1.1**

*Modelo do Queijo Suíço.*



Fonte: Reason (2000)

Segundo Reason (2000), o problema do erro humano pode ser analisado em duas perspectivas: abordagem centrada na pessoa – relacionada com atos inseguros, erros e violação de procedimentos (ex.: esquecimento, falta de motivação, descuido, etc.) e abordagem com o foco no sistema – fundamentando que mesmo nas melhores instituições os Humanos são falíveis e os erros são esperados, sendo que as medidas corretivas se baseiam em pressupostos de que embora não se possam melhorar as condições humanas, podem-se mudar as condições sobre as quais os Humanos trabalham. A ideia principal é a defesa do sistema, ou seja, quando um EA ocorre a questão fulcral não é quem errou, mas que defesas falharam (Reason, 2000).

A evidência científica mostra-nos que os erros são frequentes nos cuidados de saúde e que podem ocorrer em qualquer fase do processo de cuidados (DGS, 2011). Segundo a DGS (2011), o erro é definido como uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se pela prática da ação errada ou por não se conseguir praticar a ação certa, quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução.” (p.15). Um erro pode dar origem a um incidente, que se define como: “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano desnecessário para o doente”, assumindo a definição, o incidente pode ser um quase evento (incidente sem dano) ou um EA (incidente com dano) (DGS, 2011). Ainda segundo o mesmo documento, um EA “é um incidente que resulta em danos para o doente” (DGS, 2011, p.15).

Os EA podem relacionar-se com os profissionais, procedimentos e/ou com o sistema. Nos EA relacionados com o profissional temos, a título de exemplo, as quedas do doente, as infeções hospitalares, os erros na administração de terapêutica, etc; nos relacionados com os procedimentos verifica-se, a título de exemplo, uma falha no planeamento da intervenção; e os eventos relacionados com o sistema que têm em conta os fatores institucionais, organizacionais e dos recursos materiais e equipamentos disponíveis (DGS, 2011).

Um em cada dez doentes na Europa sofre danos evitáveis ou EA no hospital, causando sofrimento e perdas para o doente, famílias e prestadores de cuidados de saúde (OMS, *sd*).

Com a finalidade de coordenar, disseminar e promover a melhoria na SD, em 2002, a Assembleia Mundial da Saúde, incentivou os seus estados-membros a priorizar a SD nas políticas e programas de saúde (OMS, 2002). Em 2004, “nasceu” a Aliança Mundial para a Segurança do Doente que teve como principais funções “apoiar o desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente” e “permitir que os países avaliem o seu progresso na segurança dos doentes” (OMS, 2004)

Em Portugal, de forma a seguir as recomendações internacionais da OMS, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e do Conselho Europeu e ouvindo os principais intervenientes a nível nacional na saúde, surgiu o Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, que tinha como principal objetivo definir múltiplas estratégias e metas prioritárias, das quais se destacavam diversas na área da SD (DGS, 2004).

Fortalecendo este PNS e as diversas recomendações das organizações internacionais, surge o Departamento da Qualidade na Saúde, criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro de 2009, e em paralelo emerge a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde através do Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho de 2009 atualizada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 15 de maio de 2015. A presente estratégia, com extensão entre 2015 – 2020 dá ênfase a diversas intervenções locais, dentro das quais se destaca o reforço na SD, no Despacho n.º 5613/2015 de 15 de maio de 2015.

De todos os documentos publicados, depreende-se a importância que a qualidade e a SD assumem, pelo que em consonância com todos eles surge a publicação do Plano Nacional da Segurança do Doente (PNSD) 2015 – 2020 através do Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015, que na sua base tem nove objetivos estratégicos, sendo o primeiro aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.

A publicação deste documento apresentou-se como um marco importante no aumento da SD a nível nacional, uma vez que permitiu a publicação de normas e orientações nas diversas áreas da SD, conforme o Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Neste seguimento surge o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021-2030, elaborado pela OMS que visa eliminar os danos associados aos cuidados de saúde não seguros e que pretende nortear todos os PNSD (OMS, 2021).

De forma a dar continuidade ao PNSD 2015 – 2020, e inspirado no PAMSD 2021 – 2030 surge o PNSD 2021 – 2026, aprovado no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro 2021, que tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2022). Como primeiro pilar deste plano surge a cultura de segurança, que é uma prioridade de saúde pública, e que está dependente do “compromisso da liderança, transparência, comunicação, aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização.” (DGS, 2022, p.22). A cultura de segurança é fulcral para diminuir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, com a finalidade de proporcionar um ambiente seguro para os profissionais e doentes/famílias (DGS, 2022).

Dado o exigente e constante desenvolvimento dos cuidados de saúde, admite-se a importância de explorar a área da ACSD a nível hospitalar, como ponto fundamental para implementar mudanças nos comportamentos organizacionais e profissionais, aprendendo com os erros e promovendo uma cultura de responsabilização não punitiva, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

## 1.2 Cultura de Segurança do Doente

Uma cultura orientada para a segurança está no núcleo de uma organização de saúde (Pierre, 2013). O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System* lançado pelo Institute of Medicine (2000), sugere diversas estratégias para fazer face ao erro e entre essas estratégias salienta-se a cultura de segurança nas organizações de saúde.

O conceito da cultura de segurança teve origem fora das organizações de saúde, com o acidente nuclear de Chernobyl, no ano de 1986, considerado o pior acidente na história da geração da energia nuclear. Posteriormente, mais dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma Piper Alpha e o incêndio na estação de comboios King Cross. Os relatórios apresentados dos acidentes apontam como principais causas as falhas humanas, administrativas e organizacionais, fatores estes relacionados com a baixa cultura de segurança (Fragata & Martins, 2014).

Na saúde, foi a partir de publicações sobre a SD no Estudo da Prática Médica de Harvard e do relatório *To Err is Human* do Institute of Medicine (2000), que houve a mobilização dos profissionais de saúde, gestores e sobretudo sociedade, para divulgar os riscos decorrentes da prestação dos cuidados em saúde. Assim, para que as organizações sejam mais seguras, devem atuar em conjunto e promover a divulgação de uma cultura de segurança positiva (Fassarella et al., 2019).

A cultura de segurança é definida pela Health and Safety Commission Advisory Committee, em 1993, como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o comprometimento, o estilo e proficiência da gestão de saúde e segurança de uma organização. Halligan & Zecevic (2011), definem-na como um compromisso compartilhado para a SD por todos os membros de uma organização, por meio de valores, atitudes, competência e padrões de comportamento comum. Por sua vez, a OMS (2023), diz-nos que a cultura de segurança é entendida como as crenças, valores e normas partilhadas com elevada consideração pela SD, é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e para a proteção dos doentes/famílias contra danos.

Na literatura, quando se fala em cultura de segurança, este conceito pode surgir associado ao termo clima de segurança como semanticamente similar, conforme defendido por alguns autores, ou por sua vez, distintos como defendem outros autores. Embora com definições distintas, esclarece-se pela literatura apresentada que ambos os conceitos trabalham em conjunto (Churruca et al., 2021)

Num estudo desenvolvido por Halligan & Zecevic (2011), existe um debate em curso, onde diferentes investigadores tentaram compreender se o conceito de cultura de segurança é ou não inerentemente diferente do conceito de clima de segurança. Por vezes o que complica a separação entre os conceitos é que geralmente os termos são definidos na literatura de forma igual (Frush et al., 2018; Reis, 2019). Segundo ainda os mesmos autores, a maior parte dos investigadores prefere adotar o termo cultura de segurança, enquanto uma minoria utiliza o termo clima de segurança. Por sua vez, Pierre (2013) e Gallier & Duarte (2025) referem que outros autores utilizam um pensamento mais holístico e descrevem os dois conceitos.

Diversos autores definem clima de segurança como as características superficiais da cultura de segurança, a partir das atitudes e percepções dos indivíduos num determinado momento, ou seja, se os profissionais forem questionados, a sua resposta será sempre com uma visão instantânea das atitudes, convicções e percepções atuais sobre a segurança e riscos, sendo então o clima de segurança considerado uma componente mensurável da cultura de segurança (Singer et al., 2003; Colla et al., 2005; Pierre, 2013; The Joint Commission, 2021).

Segundo Pierre (2013) a cultura de segurança apresenta-se como uma componente da cultura organizacional e pode ser vista como um padrão de atitudes comuns em relação à segurança, ou seja, a cultura de segurança deve ser vista em três níveis: a primeira camada (externa), que se apresenta como o comportamento observado dos profissionais que trabalham na organização (as suas ações podem proteger ou colocar em risco a SD); a segunda camada que inclui as atitudes conscientes, ou seja, o valor da segurança nas organizações; e a terceira camada (a mais profunda) diz respeito às convicções básicas e aos valores que refletem o “espírito da casa” e que representam os objetivos dos líderes e/ou da organização. Desta forma, a conceção de uma cultura de segurança possui indicadores observáveis e aspetos psicológicos (Pierre, 2013).

Como parte fundamental da SD, a cultura de segurança, implica que todas as estruturas e processos dentro de uma organização, todos os locais de trabalho e dispositivos, a qualificação do pessoal e as suas relações sejam concebidas de forma que a ação e a interação sejam seguras e possíveis em qualquer momento e em qualquer local de trabalho (Pierre & Hofinger, 2006). Desta forma, torna-se evidente que uma cultura de segurança eficiente não é apenas delegada a um profissional, mas sim a todos os profissionais que integram a organização (Pierre & Hofinger, 2006).

A OMS (2008), admite que a cultura de segurança nas organizações de saúde pode afetar os processos e defesas do próprio sistema, de forma positiva ou negativa. As organizações prestadoras de cuidados de saúde, detêm pelo menos duas barreiras

ao fortalecimento da cultura de segurança: a confiança de que quando um profissional de saúde é treinado está apto para uma tarefa e, a tendência de estigmatizar e punir o erro, comparando-o à incompetência. Posto isto, torna-se difícil para os profissionais de saúde e demais colaboradores das instituições de saúde assumir os erros e coletivamente aprender com base neles.

A OMS (2009), assumiu um papel importante na SD, através da publicação do relatório *Global Priorities for Patient Safety Research*, identificando áreas deficitárias de investigação e destacando a implementação de uma cultura da SD nos serviços de saúde.

A cultura de segurança nas organizações de saúde tem uma componente de compreensão e outra de comportamento de segurança. Estas componentes devem estar interiorizadas nos colaboradores, residir nas equipas e fazer parte integrante das próprias instituições. Os valores devem ser análogos e baseados numa atitude permanente de notificação sem culpa, com foco na aprendizagem, estratégias de melhoria, proatividade em relação aos erros ainda passíveis de ocorrer e à resiliência. Uma cultura de segurança assente nesta visão será uma cultura “justa”, ou seja, com base no responsabilizar sem culpabilizar (Fragata et al., 2019).

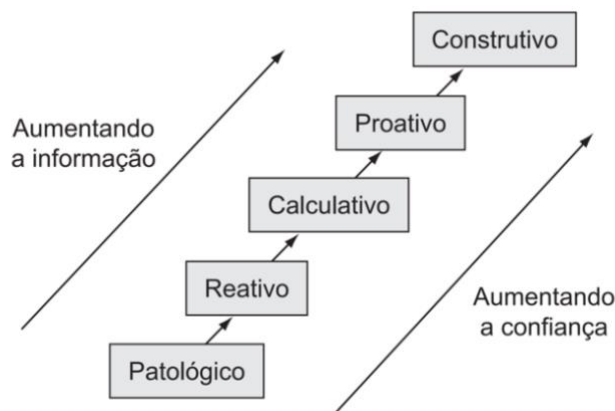
As instituições de saúde com uma cultura de SD desenvolvida têm uma maior probabilidade de obter melhores resultados no domínio da saúde, em contrapartida cometendo menos erros (Naveh et al., 2005; Hofmann & Mark, 2006; Singer et al., 2009; OMS, 2023) e mais membros da equipa contribuirão continuamente para a avaliação dos erros e eventos indesejados (Cohen et al., 2004; Gandhi et al., 2005).

Segundo Fernandes et al. (2014) as contribuições de James Reason, foram fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura de SD que prioriza a melhoria contínua e colaboração entre todos os profissionais de saúde.

Hudson, em 2001, descreveu o modelo de graus de maturidade da cultura de segurança (**Figura 1.2**), onde mostrou o dinamismo e a multidimensionalidade da cultura de segurança bem como as suas possibilidades de desenvolvimento em cinco níveis (Filho et al., 2011).

**Figura 1.2**

*Modelo de maturidade da cultura de segurança proposto por Hudson.*



Fonte: Hudson (2001) citado por Filho et al. 2011

- 1. Estágio patológico** – não existem ações na área da segurança do trabalho na organização. Procurar cumprir a legislação.
- 2. Estágio reativo** – após os acidentes de trabalho terem ocorrido, é que se desenvolvem ações na organização de saúde e segurança do trabalho. São ações que procuram “remediar a situação”, ou seja, procuram dar resposta aos acidentes de trabalho.
- 3. Estágio calculativo** – a organização procura gerir os riscos, contudo ainda não apresenta uma visão global da saúde, segurança e meio ambiente. Nesta fase as ações desenvolvidas já estão mais voltadas para numerar os riscos.
- 4. Estágio proativo** – inicia-se a transição para uma cultura construtiva, ou seja, “o líder da organização, com base nos valores da organização, conduz a melhorias contínuas para a saúde, segurança e meio ambiente.” (p.210-211). O princípio é antecipar os problemas antes que ocorram.
- 5. Estágio construtivo** – O sistema de saúde, segurança e do meio ambiente é um sistema integrado, uma vez que reúne as informações essenciais para gerir a segurança no trabalho, procurando constantemente melhorar e identificar diversas formas para gerir os riscos.

(Hudson (2001) citado por Filho et al., 2011).

São diversos os modelos de maturidade da cultura de segurança, contudo a consonância entre os mesmos demonstra que a evolução numa organização de saúde ocorre quando se identifica o estágio em que a instituição se encontra, identificando os seus pontos fracos, com o intuito de implementar ações que façam a organização

migrar para o estágio seguinte até atingir um estágio ideal de segurança (Filho et al., 2011).

O PAMSD da OMS para 2021-2030 encoraja todos os governos, profissionais de saúde e doentes, a valorizar o fortalecimento das políticas e estratégias, das instituições de saúde, baseadas nas experiências do doente, com a finalidade de eliminar riscos e danos previsíveis nos doentes e profissionais de saúde (OMS, 2021). Este documento, apresenta um conjunto de sete princípios, que orientam o desenvolvimento e implementação das ações propostas, dentro dos quais se destaca o princípio que recomenda aos gestores avaliar a cultura de SD. Acrescenta ainda, que uma forte cultura de segurança não é apenas essencial para diminuir danos associados aos doentes, mas é também fundamental para fornecer um ambiente de trabalho seguro para os profissionais de saúde (OMS, 2021).

Depreende-se assim, que antes que seja implementada qualquer ação que promova uma cultura de segurança institucional, deve-se primeiro avaliá-la e compreendê-la (Carvalho et al., 2023).

### **1.3 Avaliação da cultura de segurança**

Cada instituição de saúde é encorajada a encontrar a melhor forma de avaliar a sua cultura de segurança, atendendo à sua visão, missão e objetivos. Contudo, mesurar a cultura de segurança em instituições de saúde por meio de escalas, apresenta-se como um instrumento importante para avaliar a qualidade do atendimento prestado aos doentes (Carvalho et al., 2023).

Nieva e Sorra (2003), numa investigação desenvolvida através da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) recomendaram que as organizações de saúde realizassem a avaliação da cultura de segurança com a finalidade de:

- Identificar a compreensão dos colaboradores acerca da SD;
- Diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura da SD;
- Identificar os pontos fortes e áreas a melhorar da cultura de SD;
- Examinar as tendências de mudança da cultura de SD ao longo do tempo;
- Avaliar o impacto da cultura de SD em iniciativas e intervenções;
- Realizar comparações internas e externas.

No campo da saúde, a abordagem mais utilizada para avaliar a cultura de SD é quantitativa, através da utilização de inquéritos ou questionários aos profissionais de saúde com o objetivo de explorar as suas atitudes e a forma como compreendem a SD (Halligan & Zecevic, 2011).

São diversos os questionários ou inquéritos que permitem avaliar a cultura de SD. Estas ferramentas de avaliação diferem entre si no número de dimensões da

cultura de segurança exploradas, mas também no tipo de organização a que se destinam, seja por exemplo um hospital, numa unidade de cuidados de saúde primários ou uma residência para idosos. Outro critério importante a ter em consideração é a evidência sobre a validade e fiabilidade do instrumento (Nieva & Sorra, 2003; Carvalho et al., 2023).

Neste sentido, efetuou-se uma investigação bibliográfica com a finalidade de identificar os vários instrumentos que avaliam a cultura de segurança em meio hospitalar, envolvendo todos os grupos profissionais. Alguns desses questionários são:

- **Patient Safety Culture Inventory (PSCI)** desenvolvido por investigadores na área da SD, e tem como finalidade avaliar a cultura de segurança em diferentes contextos de saúde.

Singer et al. (2003)

- **Patient Safety Culture Improvement Tool (PSCIT)** desenvolvido por organizações de saúde e investigadores, que visam identificar áreas de melhoria na cultura de segurança.

Fleming & Wentzell (2008)

- **Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)** desenvolvido pela Universidade do Texas (USA) e tem como objetivo medir as atitudes dos profissionais de saúde em relação à SD. Tem diversas versões para diferentes áreas, como por exemplo: Unidades de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório e Cuidados de Saúde Primários.

Sexton et al. (2006)

- **Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)** desenvolvido pela Universidade de Manchester (Reino Unido) com o objetivo de avaliar a maturidade da cultura de segurança em organizações de saúde. Apresenta-se como um questionário maioritariamente qualitativo e envolve discussões em grupo.

Parker (2009)

- **Safety Organizing Scale (SOS)** desenvolvido por investigadores em SD, avalia o grau de organização e comprometimento com a segurança.

Thomas et al. (2005); Vogus & Sutcliffe (2007)

- **Modified Stanford Instrument (MSI-06)**, desenvolvido por agências de saúde canadianas, avalia a cultura de segurança em organizações de saúde no Canadá.

Ginsburg et al. (2012)

- **Questionnaire-based Survey of Safety Culture** desenvolvido para avaliar a cultura de segurança em organizações onde a segurança é crítica. O objetivo

primordial é identificar como é que os colaboradores compreendem e praticam a segurança no ambiente de trabalho.

Itoh et al. (2005) citado por Bartonickova et al. (2021)

- **Just Culture Assessment Tool** é um instrumento utilizado para avaliar e promover uma cultura justa, ambiente seguro e aprendizagem contínua dentro das organizações. A finalidade é criar um ambiente onde os colaboradores se sintam seguros para comunicar erros e problemas sem medo de serem punidos, entendendo, contudo, que existem responsabilidades individuais.

Petschonek et al. (2013)

- **Patient Safety Culture Questionnaire** instrumento desenvolvido para mensurar como é que os profissionais de saúde depreendem as práticas, atitudes e comportamentos relacionados com a SD no ambiente de trabalho.

Steyrer et al. (2011)

- **Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire** instrumento que avalia as atitudes e perceções dos profissionais de saúde relativamente ao trabalho em equipa e à SD. Enfatiza a importância do trabalho em equipa como um dos pilares fundamentais para garantir a cultura de SD.

Kaissi et al. (2003)

- **Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)** desenvolvido pela AHRQ, e tem como objetivo ACSD em hospitais. São diversas as versões adaptadas para diferentes contextos e países. Em Portugal a versão atualmente utilizada é a 2.0 validada e traduzida em 2023.

AHRQ (2004); Eiras et al. (2014); AHRQ (2019); Freitas et al. (2025)

Em Portugal, a DGS, através da Norma nº 025/2013, de 24 de dezembro de 2013, instituiu a ACSD nos hospitais, após a realização de um estudo piloto (DGS & APDH, 2015). A presente norma implementou a avaliação bianual da cultura de SD a todos os colaboradores das instituições hospitalares, através do questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses" traduzido e validado para português a partir do questionário HSOPSC da AHRQ, por Eiras et al., em 2014.

A ACSD a nível hospitalar, em Portugal, decorre em anos pares, sendo o último ano 2024 através do questionário elaborado pela AHRQ na sua versão 2.0 (AHRQ, 2019), traduzido e validado para a população portuguesa em 2023 por Freitas et al. (2025). O presente questionário é composto por 32 itens dentro de um conjunto de 10 dimensões agrupados em 2 ou mais itens que avaliam a mesma área na SD; 6 itens referentes às características do inquirido; uma questão sobre o número de eventos notificados pelo inquirido e uma questão sobre a classificação geral sobre da SD na sua unidade/área de trabalho (Freitas et al., 2025).

As variáveis em estudo, no que se refere à cultura de SD, são as dimensões e os itens que compõem o questionário HSOPS 2.0 (**Quadro 1.1**).

10 dimensões do questionário HSOPSC 2.0 versão validada e traduzida para português	Número de itens
Trabalho em equipa	3
Dotação de profissionais e local de trabalho	4
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	3
Resposta ao erro	4
Apoio do superior hierárquico ou responsável clínico para a segurança do doente	3
Comunicação acerca do erro	3
Abertura na comunicação	4
Notificação	2
Apoio de gestão hospitalar para segurança do doente	3
Transições de cuidados e trocas de informações	3
<b>Total</b>	<b>32</b>

**Quadro 1.1** - Dimensões da Cultura de Segurança HSOPSC 2.0 (Freitas et al., 2025)

O presente questionário explora de que forma os profissionais de saúde percebem a SD nos cuidados de saúde que prestam nos seus serviços, unidades e/ou instituições através das dimensões da cultura de SD presentes no inquérito (Kristensen & Bartels, 2010). Esta ferramenta está a ser amplamente utilizada a nível internacional, sendo objeto de múltiplas traduções e adaptações culturais e de vários estudos de revisão que comparam as suas características gerais e examinam as suas propriedades psicométricas (Waterson et al., 2019), tendo sido recomendado e considerado um importante instrumento na ACSD (Kristensen & Bartels, 2010; OCDE, 2024).

Até ao ano de 2020, ACSD nos hospitais decorreu numa base bianual, conforme o Despacho n.º 1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que aprova o PNSD 2015 - 2020.

O PNSD 2015 – 2020, surgiu e incluiu a melhoria da cultura de SD como o primeiro objetivo estratégico, ambicionando atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário  $\geq 50\%$ . O mesmo despacho refere ainda a importância da promoção da adesão às iniciativas de ACSD. Quanto aos resultados, o PNSD 2015 – 2020 menciona que, de acordo com o relatório publicado pela DGS (2011) a ACSD nos hospitais portugueses, as dimensões com maior potencial de

melhoria são o apoio à SD pela gestão, a frequência da notificação, o trabalho entre unidades, a dotação de profissionais e a resposta ao erro não punitiva.

Em 2021, é aprovado o PNSD 2021 – 2026, que mantém o compromisso com a melhoria da cultura de SD, conforme apresentado no Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021.

A taxa de adesão nacional encontrou-se entre os 13,8% (em 2020) e os 18,5% (em 2016), em que a dimensão “Trabalho em equipa” obteve o maior número de respostas positivas em todos os hospitais (sempre superior a 50%) e as duas dimensões que apresentaram um percentual de respostas positivas mais baixas (abaixo dos 50%) foram a “Dotação de profissionais” e a “Resposta ao erro não punitiva”, ao longo das quatro avaliações (DGS, 2022). Neste sentido, a DGS defende a disseminação da importância da cultura de segurança e da sua avaliação junto das instituições, gestores, profissionais e dos doentes (DGS, 2022).

Organizações de saúde com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por um investimento abrangente na SD, avaliação de desempenho da liderança sobre SD, gestão da carga de trabalho e fadiga, atenção na gestão dos recursos, aprendizagem organizacional eficaz, relatórios de incidentes e divulgação de uma análise de segurança proativa do sistema (Fleming & Wentzell, 2008).

## 1.4 Quedas em contexto hospitalar

As quedas acidentais/não intencionais apresentam-se como a segunda principal causa de morte a nível mundial, estimando-se que, todos os anos, aproximadamente 684 mil pessoas morram devido a quedas em todos os contextos (OMS, 2021a).

São os adultos com mais de 60 anos, que sofrem o maior número de quedas fatais, encontrando-se a taxa de quedas, nesta faixa etária, entre os 28-35% (Despacho n.º 1400-A de 10 de fevereiro de 2015; OMS, 2021a).

Todos os anos ocorrem 37,3 milhões de quedas suficientemente graves, que requerem cuidados médicos (OMS, 2021a).

As quedas em ambiente hospitalar são provavelmente subnotificadas e a maioria das estimativas podem ser excessivamente conservadoras (Oliver et al., 2010).

Definir o conceito de queda é um desafio (Zecevic et al., 2006; Schwenk et al., 2012). O Banco de Dados Nacional de Indicadores da Qualidade em Enfermagem (2020) define queda como “uma descida repentina e não intencional que resulta no descanso do doente no chão”, enquanto a OMS (2021a) define, queda como um acontecimento que faz com que uma pessoa caia inadvertidamente no chão, no pavimento ou noutra nível inferior. Esta última definição é também utilizada pela DGS na Norma n.º 008/2019.

Diversos investigadores propuseram esquemas para categorizar as quedas por causas. Morse (2002), propôs um esquema de categorização das quedas em que as mesmas são categorizadas em três ordens:

- **Quedas fisiológicas inesperadas/imprevistas** – ocorrem devido a condições físicas que não podem ser previstas até que o doente caia;
- **Quedas fisiológicas antecipadas** – ocorrem em doentes cuja pontuação na Escala de Quedas de Morse indica que apresentam risco de queda;
- **Quedas acidentais** – não podem ser identificadas antes da queda e não pontuam com risco de queda num instrumento preditivo.

Outros autores sugeriram categorizar as quedas como evitáveis e não evitáveis (Staggs et al., 2015).

Segundo Spano-Szekely (2019), a prevenção de quedas faz parte integrante da cultura organizacional, implementando uma filosofia de que todos os que prestam cuidados a um doente são parte integrante da prevenção de quedas.

A prevenção de quedas hospitalares apresenta-se como uma preocupação para os doentes, famílias e profissionais de saúde (Oliver et al., 2010).

Posto isto, o PNSD 2015 – 2020 definiu um conjunto de ações na área da SD, com a finalidade de serem instituídas a nível local e central. O plano assenta em nove objetivos estratégicos, que têm como intuito a aplicação de boas práticas de segurança, conforme apresenta o Despacho n.º 1400-A/2015 de fevereiro de 2015. Destes, destacamos no âmbito do trabalho em execução a “Prevenção e ocorrência de quedas”. No seguimento surge o PNSD 2021 – 2026 onde volta a dar-se atenção às quedas, com o foco no pilar número cinco, que nos fala sobre práticas seguras em ambientes seguros, dando ênfase no objetivo estratégico 5.2. Linha b) “auditar, anualmente, as práticas seguras relativas à (...) ocorrência de quedas (...)” (DGS, 2022, p.40).

Avaliar o risco de queda é fundamental para prevenir incidentes, especialmente em idosos ou doentes com condições de saúde que aumentam a sua vulnerabilidade. Existem vários instrumentos validados e amplamente utilizados para essa finalidade, dos quais destacamos:

- **Escala de Morse de Avaliação do Risco de Queda (MFS)**, instrumento que avalia seis fatores de risco como: histórico de quedas, diagnósticos secundários, uso de dispositivos de auxílio à marcha, terapia intravenosa, marcha e estado mental. A pontuação do risco é classificada como: Baixo, Médio e Alto. É uma escala amplamente utilizada em hospitais e instituições de longa permanência. **Escala de Risco de Quedas de Morse Pediátrica (MFS-P)** semelhante à MFS, contudo com utilização específica à área pediátrica.

Morse et al. (1989); AHRQ (2023)

- **Escala de Downton**, avalia cinco domínios: histórico de quedas, medicação, mobilidade, estado mental e função sensorial. Cada domínio recebe uma pontuação, e o risco é classificado como baixo, moderado ou alto. Comumente utilizado em ambientes clínicos e geriátricos.

Downton (1994); Bueno-García et al. (2017)

- **Timed Up and Go (TUG)**, mede o tempo que o doente leva para se levantar de uma cadeira, caminhar três metros e voltar a sentar-se novamente. Tempos superiores que 12-14 segundos indicam maior risco de queda. Utilizada para avaliar equilíbrio e mobilidade.

Podsiadlo & Richardson (1991); Centers for Disease Control and Prevention (2024)

- **Escala de Berg**, avalia o equilíbrio estático e dinâmico através de catorze tarefas, como ficar em pé, sentar-se e transferir-se. A pontuação máxima é 56, sendo que pontuações abaixo de 45 indicam alto risco de queda. De comum utilização em reabilitação e fisioterapia.

Miranda & Timothy (2023)

- **Escala de Tinetti**, avalia o equilíbrio e a marcha, com tarefas como levantar-se, caminhar e virar-se. A pontuação máxima é 28, e pontuações abaixo de 19 indicam alto risco de quedas. Usada em idosos e doentes com distúrbios neurológicos.

Tinetti (1986); Scura & Munakomi (2022)

- **Escala de Conley**, avalia fatores como histórico de quedas, uso de medicamentos, défices visuais e mobilidade. O risco é classificado como presente e ausente. Utilizado em hospitais para triagem rápida.

Conley et al. (1999); Guzzo et al. (2015)

- **Escala STRATIFY**, avalia o histórico de quedas, agitação visual, défices visuais, necessidade de auxílio para deambulação e frequência urinária. O risco é classificado como baixo ou alto. Utilizado em ambientes hospitalares.

Oliver et al. (1997); AHRQ (2013)

- **Escala de Hendrich II**, avalia fatores como confusão mental, depressão, alterações do equilíbrio e uso de medicamentos. Pontuações mais altas indicam maior risco. Usada em hospitais para identificar doentes em risco.

Hendrich et al. (2003); Campanini et al. (2021)

- **Escala de Risco de Quedas de Johns Hopkins**, avalia fatores como idade, histórico de quedas, uso de medicamentos e condições médicas. O risco é classificado como baixo, moderado e alto. Utilizada em diversas instituições de saúde.

Poe et al. (2005); Hong et al. (2024)

A escolha do instrumento depende do contexto e das características do doente. Muitas vezes, a combinação de diferentes escalas e avaliações clínicas é recomendada para uma análise mais completa do risco de queda. No desenvolvimento do presente trabalho, opta-se pela utilização da definição de queda explanada pela DGS, bem como pela utilização da Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse, conforme preconizado pela DGS na Norma n.º 008/2019, em Portugal.

## **2 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Neste capítulo pretende dar-se a conhecer ao leitor o tipo de estudo, a população-alvo e respetiva amostragem, assim como os métodos e ferramentas utilizados e as suas respetivas variáveis. Finaliza-se com a apresentação de estratégias para análise dos dados e questões éticas e de confidencialidade.

### **2.1 Desenho do estudo**

Classifica-se a presente investigação como transversal, uma vez que foram analisados dados numa determinada amostra num único espaço temporal. Estes tipos de estudos são usualmente utilizados para medir a prevalência de ocorrências na área da saúde e descrever características de uma população (Wang e Cheng, 2020).

### **2.2 População alvo e amostragem**

A presente investigação incide sobre duas populações-alvo, os colaboradores da ULSAC, no ano de 2016, e os doentes internados na unidade hospitalar que caíram no biénio 2023/2024. Segundo Guerra (2024) a amostra deverá ser representativa, para garantir a validade dos resultados, acrescentando Manzato e Santos (2012) que se efetivamente a amostra for representativa e adequadamente selecionada, então existe a possibilidade de generalização para a população.

A amostragem dos doentes que caíram no internamento, foi classificada como não probabilística por conveniência. Este tipo de amostragem consiste em selecionar uma parte da população-alvo tendo por base um critério de inclusão (Corrêa da Silva, 2022), neste caso em específico, apenas foram selecionados para o estudo os doentes, internados na ULSAC, ao qual foi notificada uma ou mais quedas no biénio 2023/2024.

A amostragem dos colaboradores da ULSAC foi classificada como não probabilística de resposta voluntária.

### **2.3 Métodos, ferramentas e variáveis em estudo**

O presente estudo debruça-se sobre uma abordagem quantitativa, uma vez que recolhe e analisa dados numéricos com a finalidade de reconhecer padrões. A principal característica desta metodologia é a utilização de instrumentos padronizados, como é o caso dos questionários, instrumentos de medida para recolher informações junto de uma amostra representativa da população-alvo. A investigação quantitativa é um instrumento valioso, pois permite tomar decisões e produzir conhecimento científico baseado em evidências (Guerra, 2024).

No que respeita aos dados apresentados, estes foram obtidos através da aplicação de dois instrumentos: o Questionário Patient Safety Culture ® (SPOP®) Hospital Survey 1.0 versão traduzida e validada para português por Eiras et al., (2014)

(**Anexo 1**) e as Quedas Hospitalares (**Anexo 2**), sendo as variáveis que compõem os questionários estatísticas, conforme apresentado no **Quadro 2.2**

Os dados referentes ao nível da Cultura de SD, disponibilizados pela DGS, dizem respeito ao ano de 2016, dado que não se encontram disponíveis dados mais recentes. Tal situação deve-se ao facto, de entre 2016 e 2024, não ter sido novamente atingida a taxa mínima de adesão da ACSD, requisito necessário para a divulgação de novos resultados. Salvaguarda-se que embora tenha sido realizada a dinamização dos questionários de ACSD-H versão 2.0 no ano 2024, disponibilizados pela DGS na presente unidade hospitalar, não foi possível obter esses mesmos dados o que impossibilitou a análise da cultura de SD mais atual.

No que respeita ao número de quedas notificadas, os dados utilizados reportam ao biénio de 2023/2024, tendo sido selecionados com o objetivo de analisar o comportamento atual deste fenómeno e de identificar padrões recentes e pertinentes. Os dados foram disponibilizados, em formato de papel, pelo Gabinete da Qualidade e Segurança da ULSAC, transferidos para o Excel e analisados através do software IBM SPSS Statistics v.30.

Instrumento – Cultura de Segurança do Doente			
12 dimensões do questionário Patient Safety Culture ® (SPOP®) Hospital Survey 1.0 versão traduzida e validada para português, composto por 42 itens (Eiras, et al., 2014)			
Variáveis estatísticas			
1. Trabalho em equipa		2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	3. Apoio à segurança do doente pela gestão
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua		5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro
7. Abertura na comunicação		8. Frequência da notificação	9. Trabalho entre unidades
10. Dotação de profissionais		11. Transições	12. Resposta ao erro não punitiva
Instrumento – Quedas hospitalares			
Variáveis estatísticas			
Serviço	Localização	Risco na Escala de Morse Morse et al. (1989)	Fatores de risco intrínsecos
Consequências		Fatores de risco extrínsecos	Horário da ocorrência
Medidas Preventivas			

**Quadro 2.1** – Instrumentos e variáveis em estudo.

## **2.4 Estratégias para análise dos dados**

Para a análise dos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva.

## **2.5 Questões éticas e de confidencialidade**

Tendo por base as exigências éticas exigidas para a investigação científica e todas as recomendações éticas para a realização da investigação científica, o presente TFM estará em conformidade com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e a lei da República Portuguesa do Regulamento Geral de Proteção de dados.

Segundo o autor Vilelas (2020) nos estudos de investigação que envolvem os seres humanos os investigadores são obrigados a garantir o respeito e a proteção dos direitos e liberdade de todos os participantes.

Os dados recolhidos e analisados no presente TFM foram armazenados de forma segura, por um período de cinco anos, após o qual serão eliminados, conforme exigido pelos requisitos éticos e legais aplicáveis.

### **3 APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

A apresentação dos resultados terá como finalidade responder às questões de investigação inicialmente propostas. Desta forma, inicialmente apresentar-se-ão os resultados da versão portuguesa do HSOPS 1.0., referentes ao ano de 2016 na ULSAC, bem como a sua interpretação. Seguidamente prosseguir-se-á para a apresentação e análise dos dados recolhidos no âmbito das quedas hospitalares no biénio 2023 – 2024, na mesma instituição.

A resposta às **Questões de investigação 1 e 2** serão apresentadas nos pontos 3.1 e 3.2 do presente capítulo. A exposição destas questões tem como finalidade responder ao objetivo geral e OE 1 e OE 2 propostos para o atual trabalho.

#### **3.1 Questão de investigação 1: Qual o nível de cultura de segurança dos doentes na ULSAC?**

Conforme apresentado no **Quadro 3.1**, o HSOPS versão 1.0 avalia 12 dimensões, o que o distingue da sua atual versão que apenas avalia 10 dimensões. Para além dos itens apresentados no **Quadro 3.1**, o presente questionário dispõe ainda de mais dois itens individuais, um que questiona o número de notificações de eventos da SD e outro que questiona o inquirido acerca da classificação do seu serviço/unidade quanto à SD.

No presente questionário existem 18 itens redigidos pela negativa e 24 pela positiva. Apresenta ainda duas questões compostas por um único item e sete questões de contexto. No total o presente questionário dispõe de 42 itens.

Dimensões do questionário	Número de itens
1. Trabalho em equipa	4
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	4
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	3
4. Aprendizagem organizacional - melhoria continua	3
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	4
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	3
7. Abertura na comunicação	3
8. Frequência da notificação	3
9. Trabalho entre unidades	4
10. Dotação de profissionais	4
11. Transições	4
12. Resposta ao erro não punitiva	3
<b>Total</b>	<b>42 itens</b>

**Quadro 3.1** - Dimensões do HSOPS 1.0 versão portuguesa (Eiras et al., 2014)

Na próxima secção apresenta-se uma breve caracterização sociodemográfica da ULSAC, e seguidamente os resultados obtidos, no ano de 2016, da ACSD.

### **3.1.1 Caraterização do hospital**

A ULSAC é uma Entidade Pública Empresarial, tendo na sua área de influência, no ano de 2016, 162.512 habitantes distribuídos por 14 concelhos, numa área de 7393km<sup>2</sup>. A lotação máxima de internamentos praticada é de 316 camas (Azevedo, 2016), tendo cerca de 1481 colaboradores, a 31 de dezembro de 2016 (HESE, 2018).

### **3.1.2 Resultados do estudo da ACSD-H 1.0 na ULSAC**

A apresentação dos resultados encontra-se estruturada em diversos pontos. Inicialmente apresenta-se uma análise de carácter geral, que inclui a caracterização sociodemográfica dos participantes e a taxa de participação. Posteriormente será apresentada uma análise global das 12 dimensões da ACSD. Por fim, expõe-se a

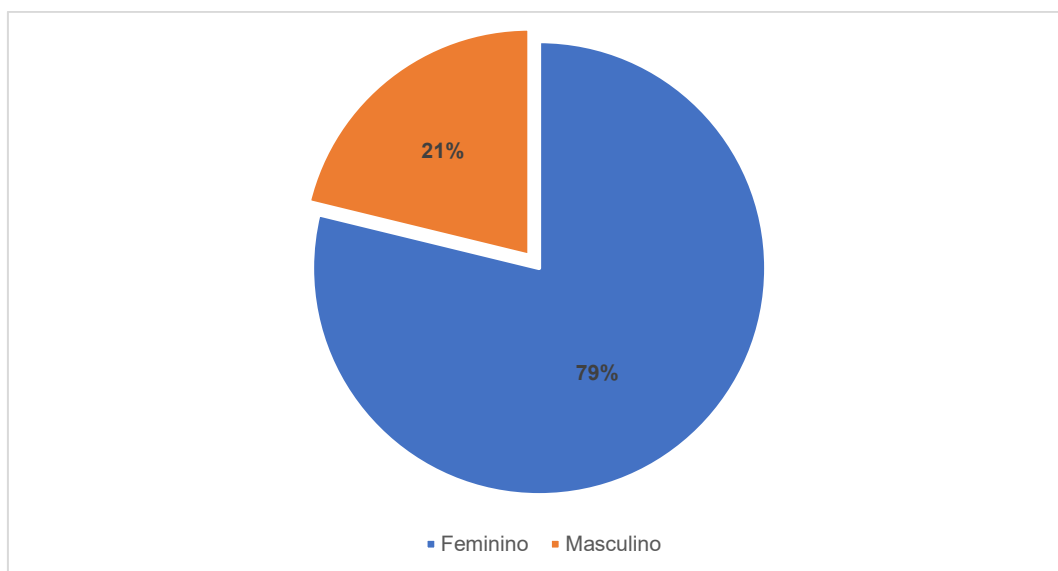
apreciação da cultura dos profissionais sobre a SD através da apresentação do número de notificações efetuadas no ano de 2016 e a avaliação geral da SD no serviço/unidade dos inquiridos.

### 3.1.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

O questionário foi disponibilizado pela DGS (**Anexo 3**), via *e-mail* e *intranet* entre o dia 5 de janeiro e 15 de junho, através da plataforma Survey Monkey. A amostra foi constituída por 1458 profissionais, dos quais apenas 349 questionários foram considerados válidos<sup>2</sup>. A taxa de adesão, no presente ano, foi de 23,9%.

A maior parte das respostas ao questionário incidiu sobre o sexo feminino (79%) conforme se pode visualizar no **Gráfico 3.1**, sendo a faixa etária com maior adesão dos 45 ou mais anos (44%), conforme apresentado no **Gráfico 3.2**.

**Gráfico 3.1** - Distribuição das respostas ao HSOPS por sexo.

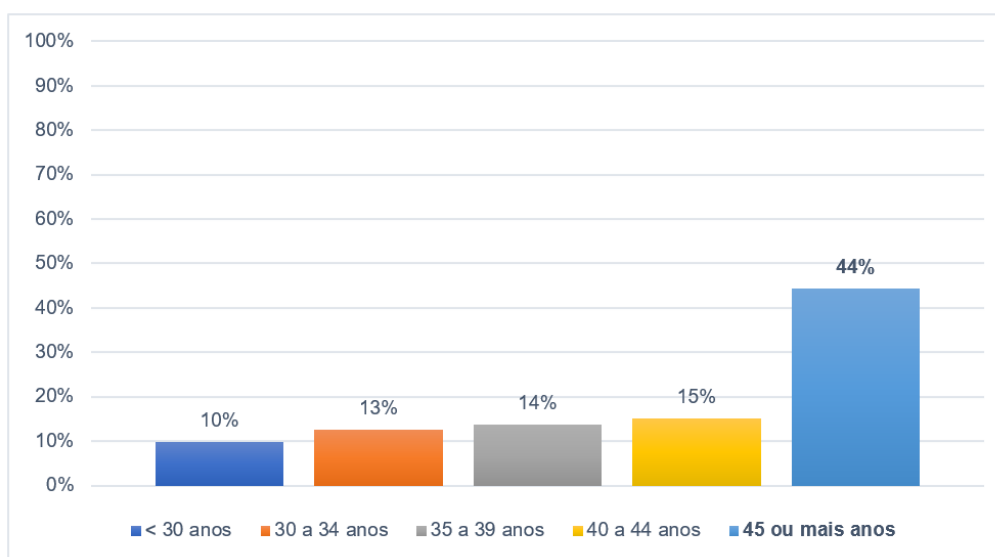


Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

---

<sup>2</sup> “consideraram-se como válidos, os questionários respondidos integralmente às dimensões”.

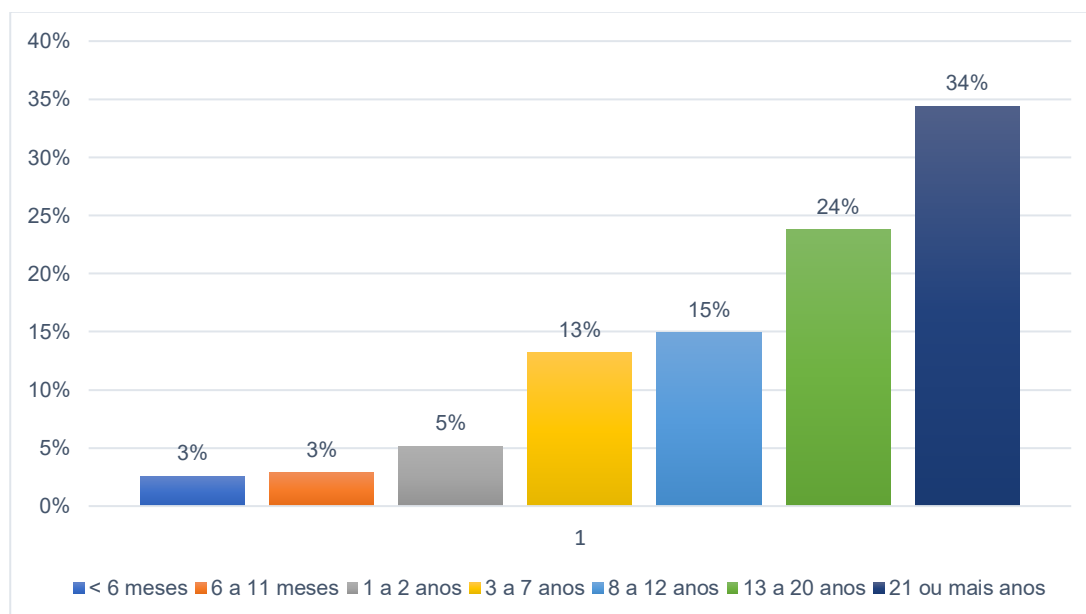
**Gráfico 3.2** – Distribuição das respostas ao HSOPS por faixas etárias.



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

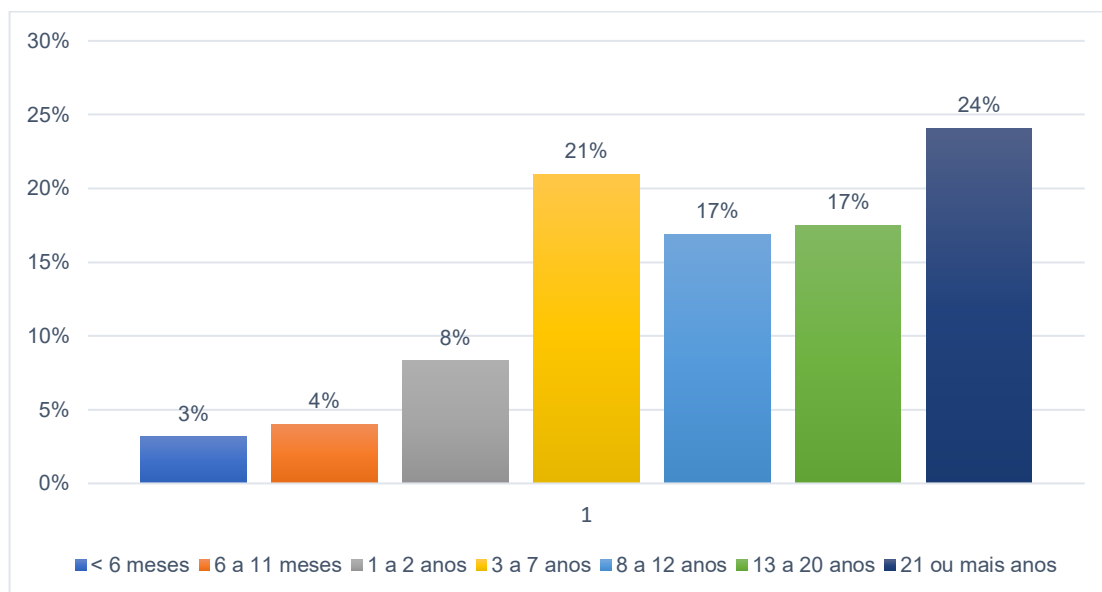
Relativamente à distribuição do número de respostas em função da experiência profissional na instituição, pode verificar-se no **Gráfico 3.3** que a categoria que obteve o valor mais elevado foi a dos 21 ou mais anos (34%). Igualmente, na categoria da experiência no serviço/unidade, verificou-se um maior número de respostas nos 21 ou mais anos (24%), conforme demonstrado no **Gráfico 3.4**, seguida pela categoria dos 3 a 7 anos (21%).

**Gráfico 3.3** - Distribuição das respostas ao HSOPS por experiência profissional da instituição.



Fonte: DGS e APDH 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

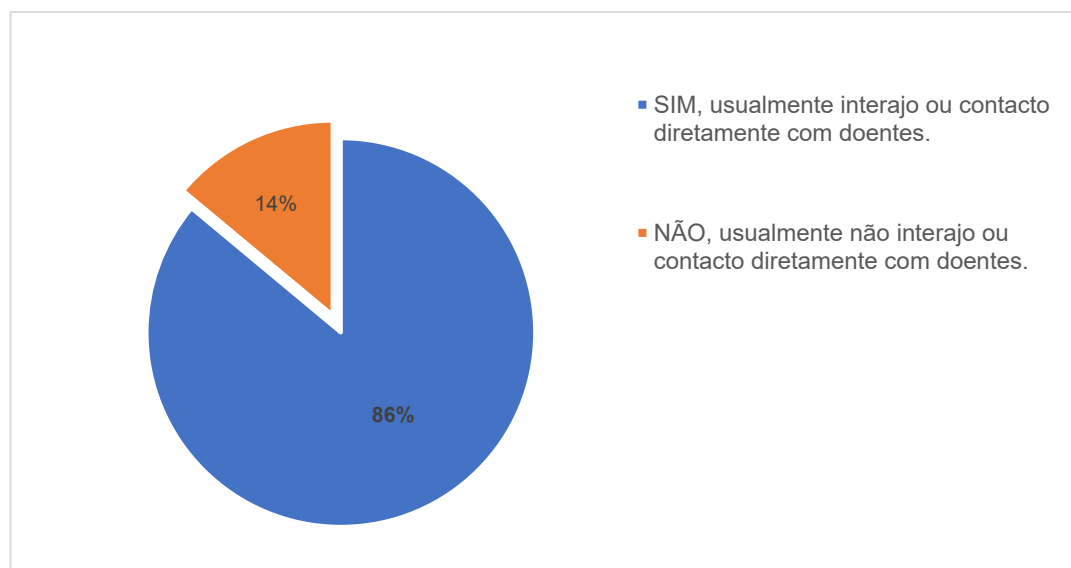
**Gráfico 3.4 - Distribuição das respostas ao HSOPS por experiência no serviço/unidade.**



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

No que concerne ao contacto direto com os doentes, 86% afirmam interagir ou contactar diretamente com frequência (**Gráfico 3.5**).

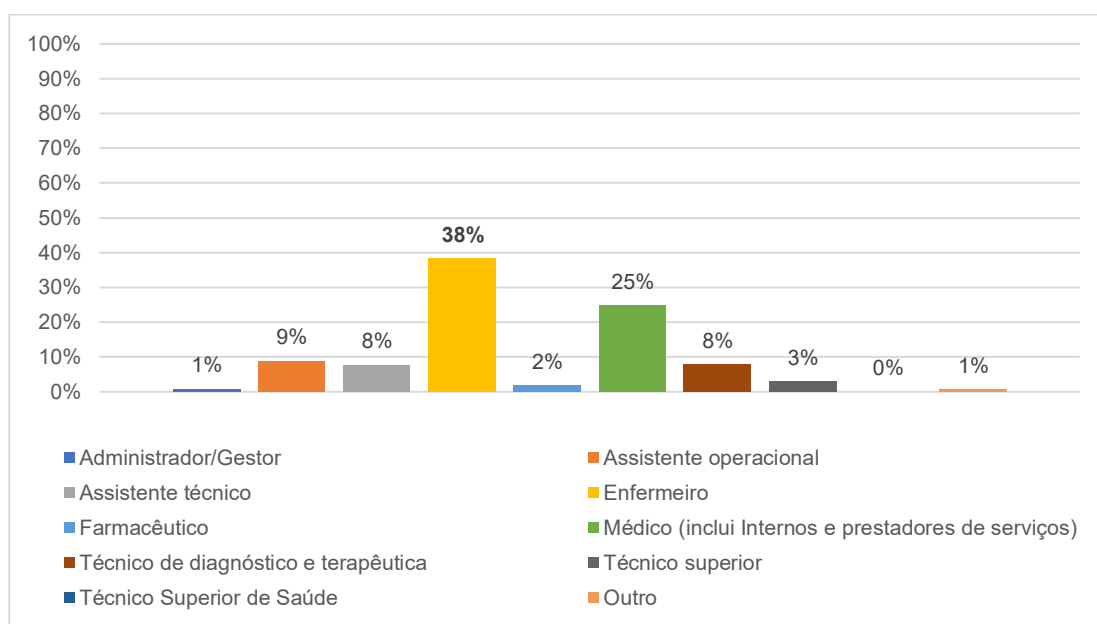
**Gráfico 3.5 – Distribuição das respostas ao HSOPS por interação do profissional com o doente.**



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

Tendo por base o **grupo profissional**, a categoria profissional com maior representação é a dos Enfermeiros (38%), conforme os dados apresentados no **Gráfico 3.6**.

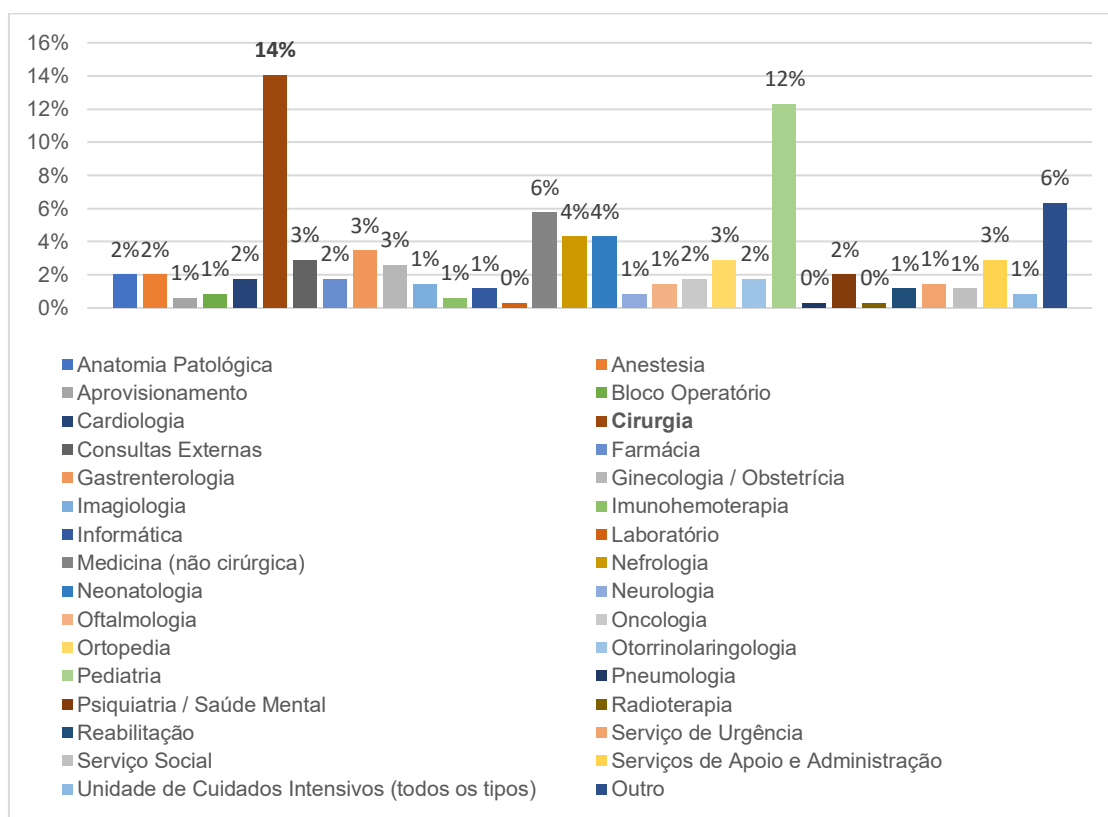
**Gráfico 3.6 - Distribuição das respostas ao HSOPS por grupo profissional.**



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo - Évora)

No **Gráfico 3.7** apresenta-se a percentagem de respostas tendo como referência o serviço/unidade, sendo a Cirurgia o que mais se destaca com 14%.

**Gráfico 3.7 - Distribuição das respostas ao HSOPS por serviço/unidade.**

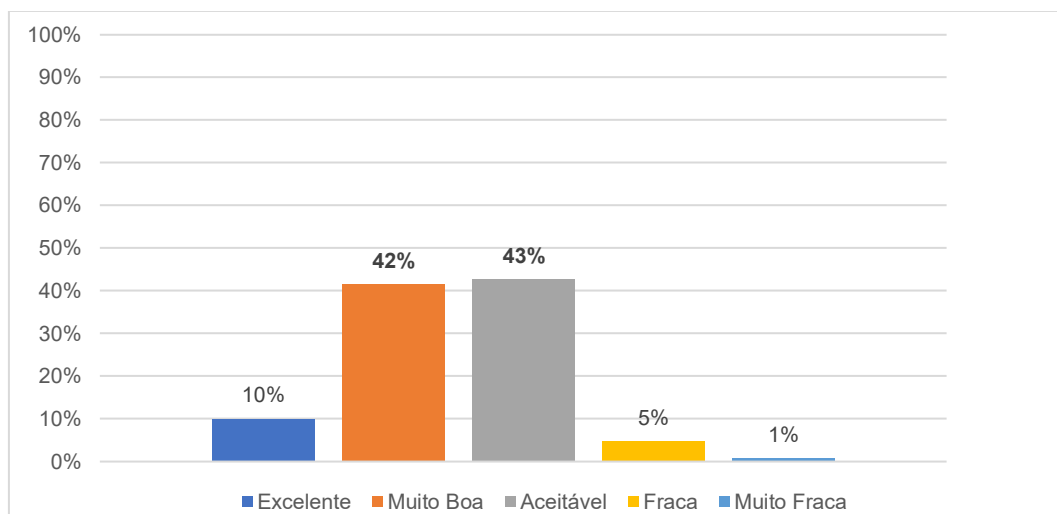


Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

### 3.1.2.2 Apreciação geral da cultura de segurança na ULSAC

Num panorama geral, a perceção dos profissionais é tendencialmente positiva, encontrando-se a avaliação geral sobre a SD entre “muito boa” (42%) e “aceitável” (43%), conforme apresentado no **Gráfico 3.8**.

**Gráfico 3.8** - Distribuição das respostas ao HSOPS por avaliação geral sobre a segurança do doente.



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

Tendo por referência as 12 dimensões no questionário, e conforme descritas na **Tabela 3.1**, as dimensões que foram consideradas mais positivas pelos colaboradores foram: “Trabalho em equipa” (71%), “Aprendizagem organizacional - melhoria continua” (67%) e “Abertura na comunicação” (60%). Por sua vez, as oportunidades de melhoria recaem sobre as dimensões do “Apoio à segurança do doente pela gestão” (45%), “Frequência da notificação” (38%), “Trabalho entre unidades” (44%), “Dotação de profissionais” (30%) e “Resposta ao erro não punitiva” (27%).

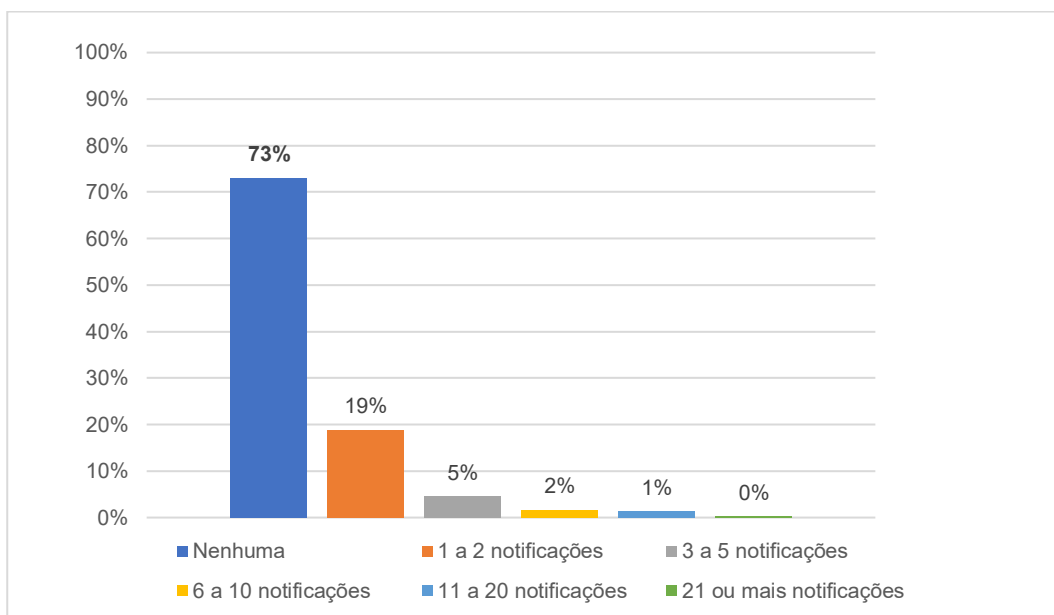
**Tabela 3.1** – Média (em percentagem) das respostas às 12 dimensões do HSOPS na ULSAC e a nível nacional.

Dimensões	Média (%)	
	ULSAC (2016)	Nacional
1. Trabalho em equipa	71	71
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	59	60
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	45	52
4. Aprendizagem organizacional - melhoria continua	67	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	54	52
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	53	54
7. Abertura na comunicação	60	53
8. Frequência da notificação	38	38
9. Trabalho entre unidades	44	48
10. Dotação de profissionais	30	31
11. Transições	52	53
12. Resposta ao erro não punitiva	27	28

Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

Quando solicitado aos colaboradores para indicar o número de notificações realizadas no último ano, a categoria que adotou maior realce foi o “nenhuma” com 73% de respostas, o que demonstra não existir cultura de notificação (**Gráfico 3.9**).

**Gráfico 3.9 - Distribuição das respostas ao HSOPS pelo número de notificações realizadas no último ano.**



Fonte: DGS e APDH, 2016 – Resultados Hospital do Espírito Santo – Évora.

### **3.2 Questão de investigação 2: Qual o número total de quedas hospitalares, em contexto de internamento, no biénio 2023/2024 na ULSAC?**

Dos dados recolhidos foram identificadas **311 quedas**, nos dois anos em estudo, notificadas em contexto de internamento. Será sobre este número, que são analisados seguidamente um conjunto de indicadores que pretendem avaliar os fatores subjacentes às mesmas, tais como prevalência, localização, risco na escala de Morse, fatores intrínsecos e extrínsecos, consequências, horário da ocorrência e adoção das medidas preventivas.

### 3.2.1 Análise do número de quedas por serviço e biénio.

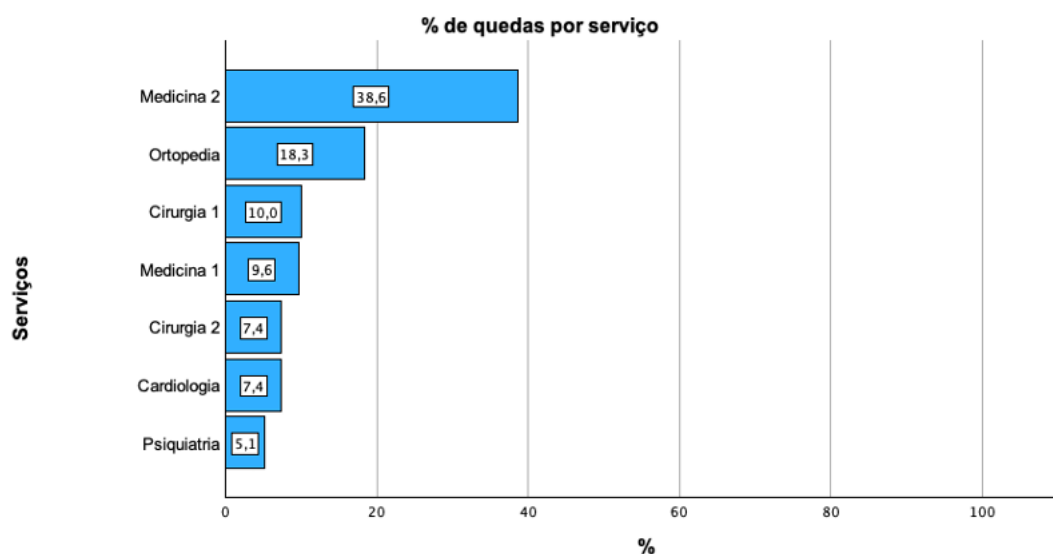
Na presente **Tabela 3.2** disponibiliza-se o número total de quedas distribuidos por serviço e ano, conforme os dados consultados.

**Tabela 3.2 - Número de quedas por ano.**

Serviços	2023	2024
Especialidades Médicas	Sem registos disponíveis	11
Cardiologia	7	16
Medicina 2	45	75
Ortopedia	32	25
Cirurgia 2	17	6
Cirurgia 1	20	11
Medicina 1	17	13
Psiquiatria	13	3
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>160</b>

Foi no serviço de Medicina 2 que no biénio 2023 e 2024 se verificam mais quedas (**38,6%**), precedido do serviço de Ortopedia (**18,3%**). O serviço que apresentou a percentagem menor de quedas, para o presente biénio foi o de Psiquiatria (**5,1%**) (**Gráfico 3.10**). O serviço de Especialidades Médicas não foi incluído para a prevalência/biénio pela falta de dados no ano de 2023, impossibilitando assim uma análise comparativa equitativa com os restantes serviços.

**Gráfico 3.10 - Quedas distribuídas por serviço/unidade.**



### 3.2.2 Prevalência de quedas.

Na **Tabela 3.3**, apresenta-se a prevalência de queda para o ano 2023 e por serviço de internamento. Na **Tabela 3.4**, as mesmas informações, mas para o ano de 2024.

**Tabela 3.3 - Prevalência de quedas em 2023.**

Serviços	Nº de quedas	Nº de doentes Internados	Prevalência
Cardiologia	7	943	<b>0,74%</b>
Medicina 2	45	1457	<b>3,09%</b>
Ortopedia	32	992	<b>3,23%</b>
Cirurgia 2	17	964	<b>1,76%</b>
Cirurgia 1	20	1018	<b>1,96%</b>
Medicina 1	17	718	<b>2,37%</b>
Psiquiatria	13	146	<b>8,90%</b>

Na **Tabela 3.3**, verifica-se que o serviço com maior prevalência de quedas é a Psiquiatria (**8,90%**) e o serviço com menor prevalência é o de Cardiologia (**0,74%**).

**Tabela 3.4** - Prevalência de quedas 2024.

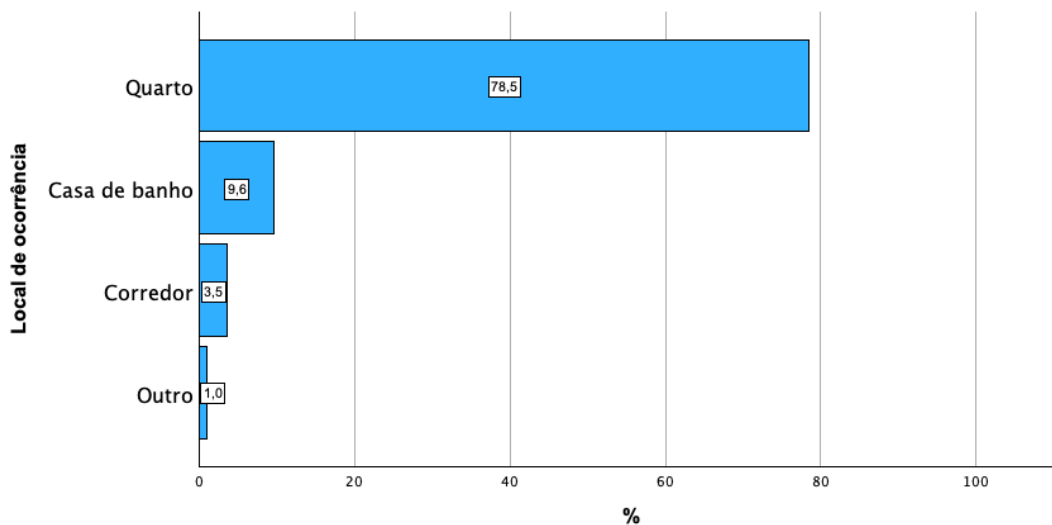
Serviços	Nº de quedas	Nº de doentes Internados	Prevalência
Cardiologia	16	995	<b>1,61%</b>
Medicina 2	75	1205	<b>6,22%</b>
Ortopedia	25	1024	<b>2,44%</b>
Cirurgia 2	6	1057	<b>0,57%</b>
Cirurgia 1	11	909	<b>1,21%</b>
Medicina 1	13	932	<b>1,39%</b>
Psiquiatria	3	185	<b>1,62%</b>

Na **Tabela 3.4**, verifica-se que o serviço com maior prevalência de quedas é a Medicina 2 (**6,22%**), e o serviço com menor prevalência é o serviço de Cirurgia 2 (**0,57%**). Estes dados podem estar relacionados com a tipologia de doentes internados (idade) em ambos os serviços, a sua rotatividade e/ou internamentos de longa estadia, notificações registadas, entre outros fatores.

### **3.2.3 Qual a localização, no internamento, onde ocorrem mais quedas?**

Durante o período de internamento, e conforme apresentado no **Gráfico 3.11** verifica-se que os doentes apresentam a maior percentagem de quedas no quarto (**78,5%**).

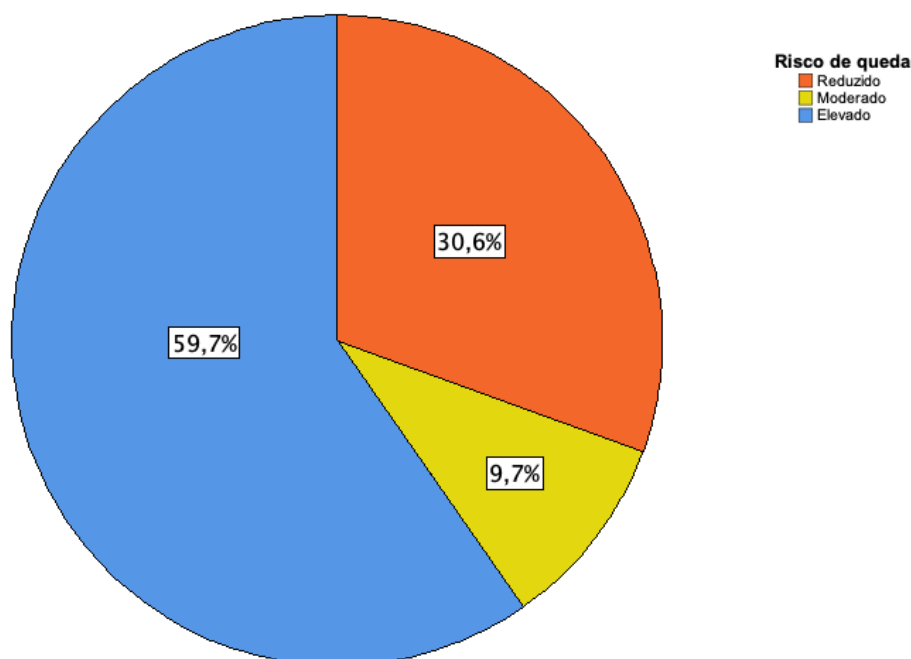
**Gráfico 3.11** - Quedas distribuídas por local de ocorrência.



### 3.2.4 Qual o Risco da Escala de Morse que mais se destacou?

No **Gráfico 3.12** verifica-se que mais de 50% dos doentes que caíram apresentavam Risco de Queda Elevado (59,7%).

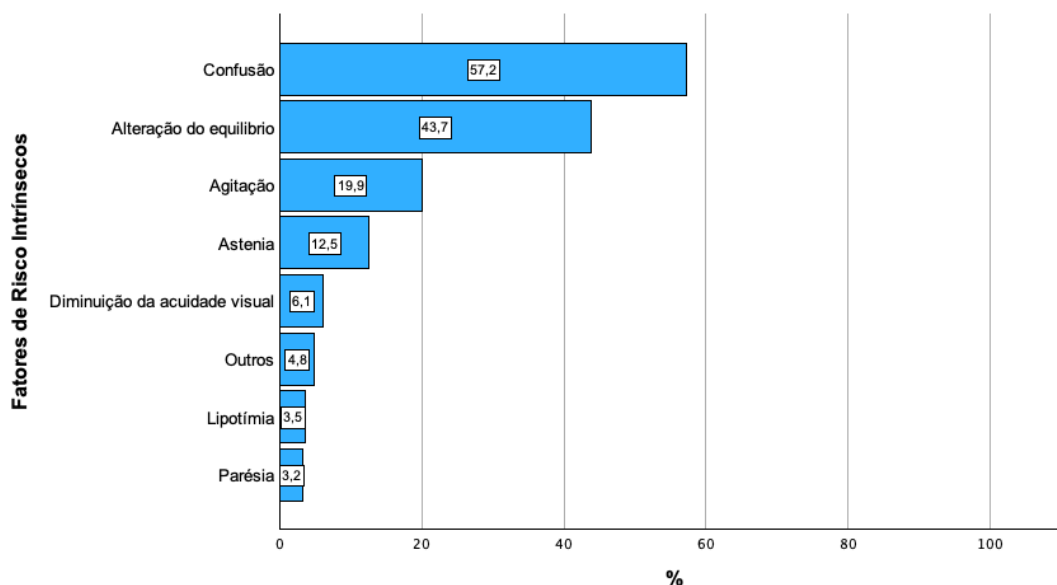
**Gráfico 3.12** - Quedas distribuídas segundo o Risco da Escala de Morse.



### 3.2.5 Qual o fator de risco intrínseco associado às quedas, que mais se destacou?

O fator intrínseco “confusão” foi o que mais se destacou, conforme se verifica no **Gráfico 3.13**, com uma percentagem de 57,2%.

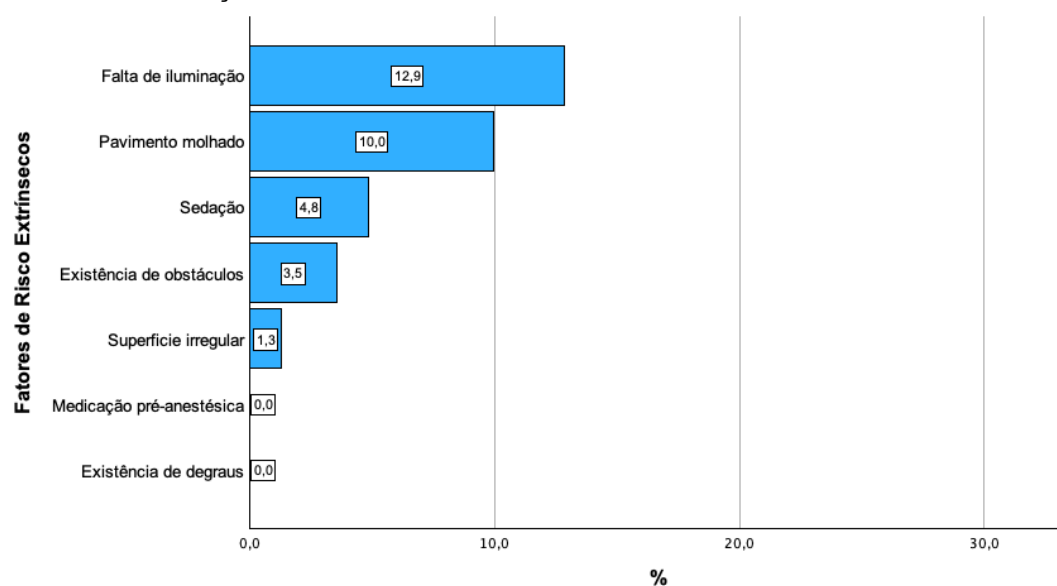
**Gráfico 3.13 - Distribuição dos Fatores de Risco Intrínsecos.**



### 3.2.6 Qual o fator de risco extrínseco associado às quedas, que mais se destacou?

O fator de risco extrínseco “falta de iluminação” foi o que mais se destacou, conforme se apresenta no **Gráfico 3.14**, com uma percentagem de 12,9%.

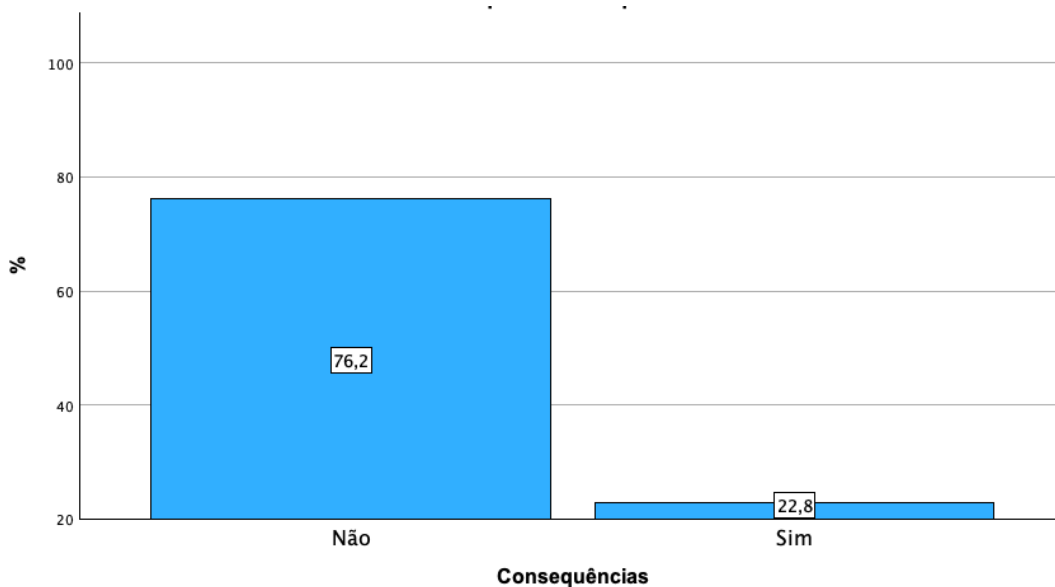
**Gráfico 3.14 - Distribuição dos Fatores de Risco Extrínsecos.**



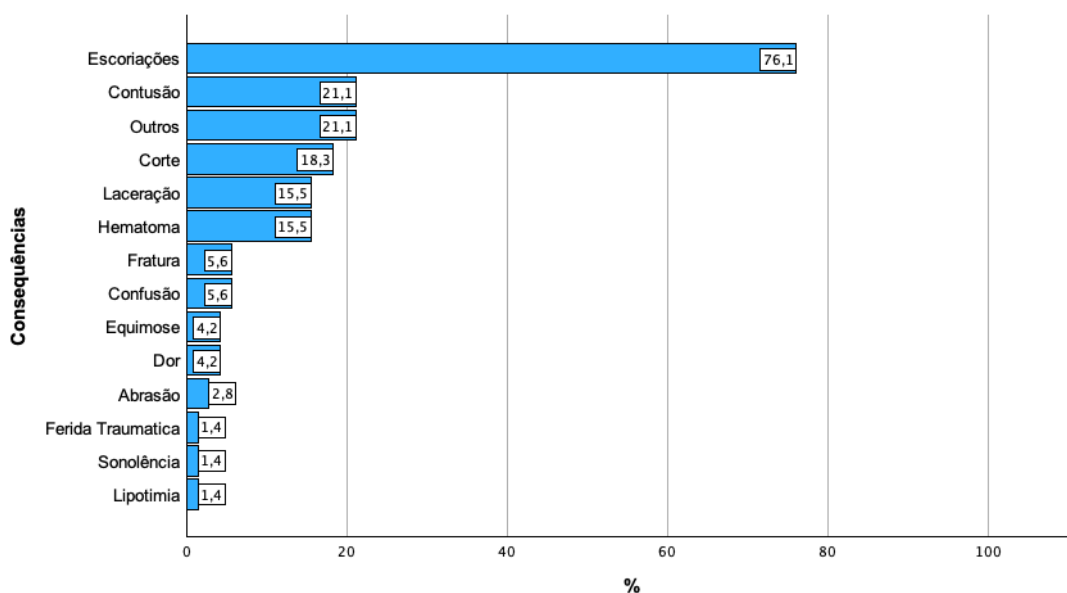
### 3.2.7 Da totalidade das quedas, quantas tiveram consequências?

Da totalidade de queda, segundo o **Gráfico 3.15**, 22,8% tiveram consequências. Apresenta-se no **Gráfico 3.16** as consequências identificadas pelos profissionais de saúde.

**Gráfico 3.15** – Existência de consequências das quedas.



**Gráfico 3.16** – Distribuição das consequências das quedas.

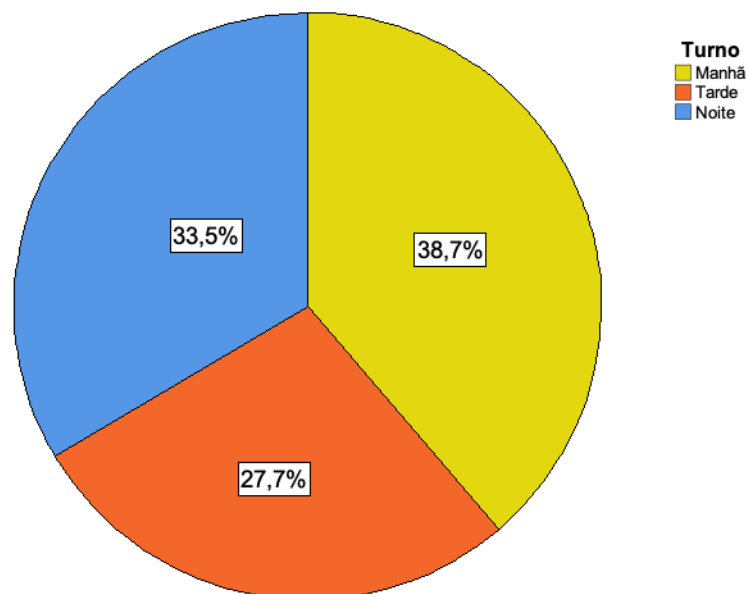


Do universo de 311 quedas, 71 apresentaram consequências. O **Gráfico 3.16** destaca as “escoriações” como a consequência com maior porcentagem.

### 3.2.8 Qual o turno onde se verificaram mais quedas?

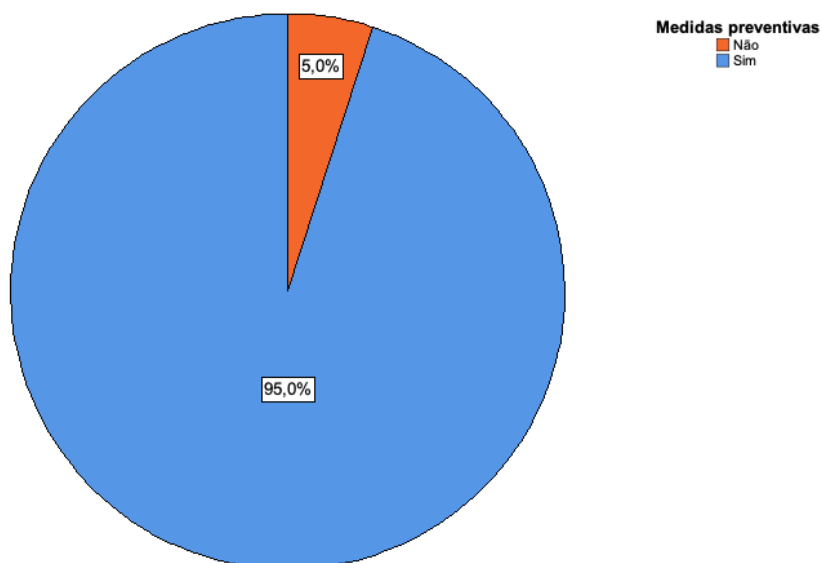
No **Gráfico 3.17**, verifica-se que é no turno da manhã que os doentes apresentam a maior percentagem de quedas (**38,7%**), embora seja este o turno com maior número de profissionais de saúde presentes. Contudo, o turno da noite adota uma percentagem de 33,5%, diferindo ligeiramente do turno da manhã.

**Gráfico 3.17** - Quedas distribuídas pelo horário de ocorrência.



Do universo de quedas descritas, 95% dos profissionais de saúde assinalou que as medidas preventivas, antes da queda, foram adotadas (**Gráfico 3.18**).

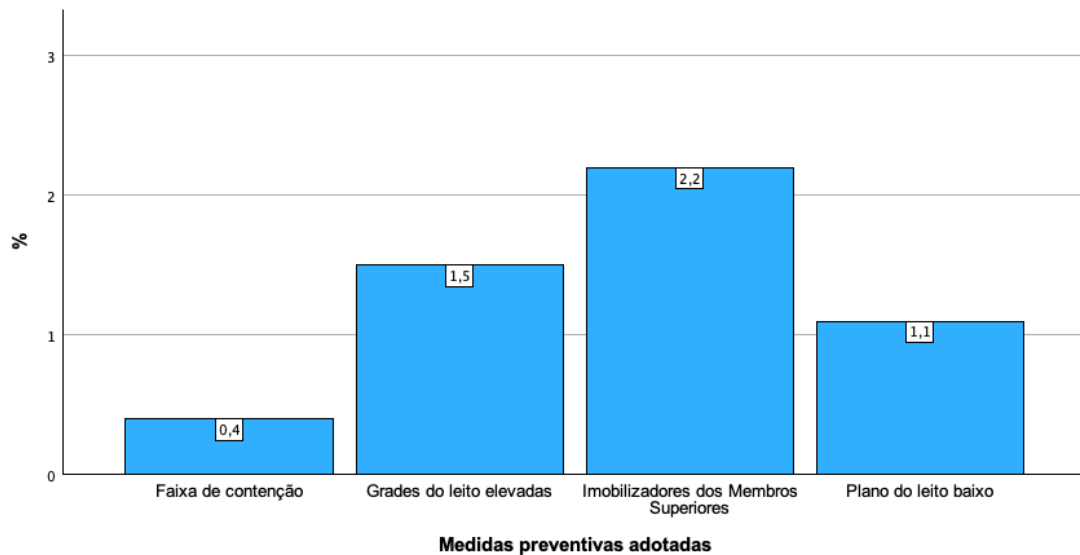
**Gráfico 3.18** – Implementação das medidas preventivas.



Após a análise dos dados, num universo de 268 profissionais que registaram “que as medidas foram adotadas” verificou-se que 11 profissionais de saúde, tiveram a

necessidade de descrever as medidas preventivas adotadas, acrescentando notas “fora de linhas” de forma a salvaguardar quais as medidas que adotaram, conforme se apresenta no **Gráfico 3.19**. No entanto, a maior parte dos profissionais de saúde, restringiram-se apenas à adoção do “sim” ou “não” para se referir à implementação destas medidas, uma vez que não existe um campo disponível para as mesmas serem descritas.

**Gráfico 3.19** – *Descritivo das medidas preventivas implementadas*



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados obtidos através do questionário HSOPS 1.0 revela uma interpretação global positiva da cultura de segurança entre os colaboradores da ULSAC, com a maioria dos inquiridos a classificar a SD como “muito boa” a “aceitável”. As dimensões mais valorizadas foram o “trabalho em equipa”, “aprendizagem organizacional – melhoria contínua” e “abertura na comunicação”. Estes resultados estão em conformidade com a literatura de Pierre & Hofinger (2006) e Fragata et al. (2019), que apontam precisamente estas dimensões como pilares fundamentais de uma cultura de segurança sólida e funcional.

Em comparação com os dados nacionais, referentes ao mesmo ano, as dimensões analisadas revelam valores muito próximos da média, conforme demonstrado pelos resultados divulgados pela DGS (**Anexo 3**). No relatório internacional da OCDE, de 2022, que compila informação de diversos países (Bélgica, Canadá, Estados Unidos da América, França, Irlanda, Países Baixos, Noruega, Escócia, Portugal, entre outros), evidenciou-se, uma vez mais, percentagens positivas em várias dimensões, nomeadamente: “trabalho em equipa”, “aprendizagem organizacional - melhoria contínua” e “abertura na comunicação” (OCDE, 2022).

Contudo, emergem áreas críticas de oportunidade de melhoria, nos dados obtidos no questionário, nomeadamente o “apoio à segurança pela gestão de topo”, a “frequência da notificação” e a “resposta ao erro não punitiva”. Estes resultados sugerem a presença de uma cultura ainda marcada por traços reativos, segundo o modelo de Hudson (2001, citado por Filho et al., 2011), em que a cultura de culpa e a falta de comunicação transparente inibem a notificação de erros, e conseqüentemente a aprendizagem organizacional (Reason, 2000; Halligan & Zecevic, 2011; Eiras et al., 2014).

Estas dimensões mantêm-se em consonância com os dados nacionais e internacionais, destacando-se, em particular, a “resposta ao erro não punitiva” e a “frequência da notificação” (OCDE, 2022).

Segundo a AHRQ existem relações significativas entre os resultados obtidos no HSOPS e os efeitos alcançados na prestação de cuidados de saúde (AHRQ, 2024). Num estudo realizado por Mardon et al. (2010) hospitais com pontuações mais elevadas no HSOPS 1.0 apresentaram taxas mais baixas de EA, como é o caso das quedas hospitalares (Brown & Wolosin, 2013), sendo a redução tanto significativa na incidência de quedas, como no risco de incidência (Abusalem et al., 2021).

Os autores Hafezi et al. (2022) reforçam a ideia anterior, quando evidenciam que os EA estão estatisticamente associados a várias dimensões da cultura de

segurança, tais como o “trabalho em equipa”, a “abertura na comunicação” e as “transições”. Acrescentando ainda, que dimensões como “resposta ao erro não punitiva” e “abertura à comunicação” são dimensões críticas na cultura de segurança, afetando a frequência de notificações. Num estudo efetuado no Irão resultados positivos em dimensões como “resposta ao erro não punitiva” e “abertura à comunicação” correlacionam-se diretamente com uma menor perceção de ocorrência de EA (Kakemam et al., 2021).

Já Brown & Wolosin (2013) identificam uma correlação inversa entre a dimensão “trabalho em equipa” e o número de quedas notificadas, ou seja, quanto maior o sentimento de colaboração entre profissionais, menor a notificação de quedas. Por outro lado, o “apoio à segurança do doente pela gestão”, foi positivamente associado à notificação de quedas, o que pode indicar uma cultura organizacional mais aberta e responsável na partilha de EA (Weingart et al. 2004).

Num estudo elaborado por Nie et. al (2013), os enfermeiros identificaram o medo de ser punidos após relatar um EA como o maior obstáculo à SD.

Num estudo desenvolvido por Kohaová & Bartonícková (2024) em unidades de cuidados intensivos na Eslováquia o medo de responsabilidades, processos e/ou sanções constitui uma barreira significativa à notificação. O qual é corroborado pelo estudo desenvolvido por Oweidat et al. (2023), onde as enfermeiras na Jordânia revelaram como principais barreiras à notificação, o medo de ações disciplinares e o receio de serem culpabilizadas. Acrescenta-se ainda uma revisão de literatura efetuada por Smit e Peddle (2025) que destacam que uma “cultura de culpa” desencoraja a notificação honesta dos incidentes, relatando as enfermeiras inquiridas no presente estudo receios relacionados com a repreensão, punição, perda de reputação e humilhação por parte dos colegas e/ou supervisores. Um estudo elaborado no Brasil, revelou que 45,5% dos profissionais consideram que relatar EA resulta em medidas punitivas (Alves et al., 2019).

Hafezi et al. (2022), verificaram que entre os quatro EA mais mencionados (erros na medicação, úlceras de pressão, quedas e uso de contenções mecânicas por mais de 8 horas) as quedas adquirem a maior percentagem de ocorrência

No biénio 2023/2024, foram notificadas 311 quedas em contexto de internamento, a maioria das quais no quarto do doente (Luzia et al., 2019), durante o turno da manhã e em doentes classificados com elevado risco de queda, segundo a Escala de Morse. Estes dados vão ao encontro dos estudos de Hitcho et al. (2004) e Takase (2023), que identificaram o quarto e o turno da manhã como fatores contextuais críticos para a ocorrência de quedas, sobretudo em doentes idosos e/ou

com alterações cognitivas – como a confusão, o principal fator intrínseco identificado neste estudo. Por outro lado, o fator extrínseco mais relevante foi a falta de iluminação, um risco ambiental frequentemente associado à má concepção estrutural do espaço hospitalar (Zecevic et al., 2006; Oliver et al., 2010).

O estudo de Kusljic et. al (2018) complementa estes achados, ao identificar que as causas mais comuns associadas às quedas estavam relacionadas com o “escorregar”, “tropeçar” e/ou “perda de equilíbrio”, corroborando os dados explanados no presente estudo, onde fatores extrínsecos como a “falta de iluminação” e “pavimento molhado/escorregadio” estiveram associados ao maior número de quedas. Acrescenta-se ainda, que os fatores intrínsecos como a “confusão” e “alteração de equilíbrio” foram os que estiveram associados ao maior número de quedas, o que por sua vez vai ao encontro do estudo de Kusljic et. al (2018). Além disso, diversos estudos destacam as alterações sensoriais como preditores da queda: perda de audição (Lusardi et al., 2017), visão (Mirelman et al., 2012) e equilíbrio (Montero-Odasso et al., 2012). No entanto, num estudo mais recente do mesmo autor (Montero-Odasso et al., 2022), apenas a perda auditiva e as tonturas, se apresentaram significativamente associadas à ocorrência de quedas. Enquanto Luzia et al. (2019) identificaram a alteração da marcha como o fator mais prevalente, ao passo que Aranda-Gallardo et al. (2014) verificaram que muitos doentes que caem apresentam alterações do nível de consciência, desorientação ou agitação.

Apesar de 95% das medidas preventivas estarem registadas como implementadas, estes dados levantam dúvidas sobre a sua efetividade real, fidelidade na execução ou a consistência do registo – conforme discutido por Oliver et al. (2004), Morse (2009), e Spano-Szekely (2019). Há também evidências que certas intervenções como contenções mecânicas podem aumentar o risco de queda, em vez de o prevenir (Marks, 1992; Frank et al., 1996 e Shorr et al, 2002). Um estudo randomizado de Haines et al. (2010) demonstrou igualmente a ausência de evidência na eficácia das camas no plano mais baixo como fator redutor de quedas e/ou ferimentos resultantes destas.

Ainda que a perspetiva geral da cultura de segurança seja relativamente positiva, é inegável que dimensões estruturais relacionadas com a gestão do erro e a notificação ainda permanecem deficitárias. A baixa taxa de notificação reflete uma cultura de silêncio institucionalizada, com potencial impacto direto na subnotificação de quedas e na incapacidade de aprender com os erros. Esta realidade foi já identificada por Sorra e Nieva (2003) e Reason (2000), que defendem que uma cultura

de segurança robusta deve estimular a comunicação dos incidentes, promovendo um ambiente de melhoria contínua (Wachter, 2010; DGS, 2022).

#### **4.1 Contributo do trabalho para o progresso do conhecimento científico**

Avaliar e analisar a cultura de SD nas instituições de saúde permite obter uma visão mais ampla das dimensões onde a SD requer maior atenção (oportunidades de melhoria). Uma recorrente avaliação da cultura de SD no âmbito hospitalar facilita o seu diagnóstico e permite implementar estratégias que visam a melhoria contínua nesta área.

Através da análise dos dados do questionário HSOPS 1.0 aplicado no ano de 2016, foi possível realizar um diagnóstico institucional aprofundado sobre as perspetivas dos profissionais em relação à SD, evidenciando a área de excelência e os seus domínios com oportunidades claras de melhoria.

O presente estudo possibilitou o estudo da relação entre a cultura de segurança e a ocorrência de quedas em contexto hospitalar, evidenciando a relevância de dimensões como o trabalho em equipa, aprendizagem organizacional e abertura na comunicação.

Dentro da SD, destaca-se as quedas hospitalares como uma das áreas de atuação, onde atualmente a incidência desta problemática ainda prevalece com realce.

Caracterizar epidemiologicamente as quedas foi possível através da identificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos associados às quedas hospitalares, o que forneceu dados concretos que podem servir de base para políticas internas de prevenção mais eficazes.

O presente estudo oferece informações essenciais para a gestão hospitalar, contribuindo para políticas de melhoria contínua. Possibilita também o desenho de intervenções baseadas em evidências científicas e adaptadas ao contexto local, reforçando a importância da avaliação contínua da cultura de segurança.

Deixa-se um conjunto de sugestões que poderão vir a ser utilizadas futuramente com a finalidade de melhorar o nível de cultura de segurança da presente unidade hospitalar tais como: compromisso visível da gestão de topo, como a participação ativa dos gestores e/ou chefias em *safety huddles*<sup>3</sup> e/ou partilha de resultados com as equipas (Institute for Healthcare Improvement, 2017; NHS England, 2023); definição no plano estratégico hospitalar de indicadores de segurança com metas monitorizadas regularmente (Hibbert et al., 2023); políticas de “cultura justa”

---

<sup>3</sup> Reuniões breves e estruturadas realizadas na unidade de saúde, geralmente no início dos turnos ou em momentos críticos, com a finalidade de obter melhor comunicação, coordenação e segurança do doente (Shaikh, 2020).

com a finalidade de distinguir o erro humano da negligência ou conduta imprópria (Marx, 2019); implementação de um sistema de notificação que simplifique a notificação de incidentes (ex.: plataforma digital transversal a todos os serviços) (Ghoul et al., 2025); promoção de notificações positivas (“good catch reporting”) onde se valoriza situações onde o erro foi prevenido (Shaikh, 2020); formação regular em SD; simulações clínicas de EA críticos com o intuito de treinar o trabalho em equipa (Lai et al., 2023); aplicação de *checklists* e *bundles* de segurança; auditorias internas de segurança com foco em aprendizagem (American Hospital Association, 2025).

#### **4.2 Limitações do trabalho e sugestões para futuras investigações**

Uma das principais limitações a referir é o desfasamento temporal dos dados da cultura de segurança que se baseou em dados de 2016, sendo que os dados mais recentes de 2024 da versão 2.0 do HSOPS não estavam disponíveis, o que compromete a atualidade da avaliação da cultura institucional.

A taxa de adesão ao questionário HSOPS 1.0 foi apenas de 23,9%, o que pode comprometer a representatividade dos resultados e introduzir viés de seleção. A análise de dados das quedas baseou-se exclusivamente em casos notificados, o que pode não refletir a totalidade dos eventos ocorridos, devido à possível subnotificação.

O desenho metodológico transversal impede o estabelecimento de causalidade entre a cultura de segurança e a ocorrência de quedas, limitando-se apenas à identificação de associações.

Como sugestões para investigações futuras sugere-se que se realizem estudos longitudinais, que permitirão observar a evolução temporal da cultura e a sua relação com incidência de EA, nomeadamente as quedas, o que pode reforçar a evidência sobre relações causais. Avaliar qualitativamente as barreiras à notificação de EA, com por exemplo, entrevistas ou grupos-alvo com profissionais de saúde, onde os mesmos podem explorar mais profundamente as razões subjacentes à baixa taxa de notificações de incidentes. Deixo aqui, alguns exemplos de intervenções implementadas em diversas instituições, que poderiam ser adaptadas à presente instituição local, face à baixa notificação de eventos adversos: o Centro Médico de Virginia Mason, nos EUA, que através da implementação do Patient Safety Alert System (sistema de notificação não punitivo) permite a qualquer colaborador interromper os processos sempre que identifiquem uma potencial situação de risco para o doente. Esta abordagem apoiada pela gestão de topo, resultou num aumento significativo da notificação de incidentes, na aceleração da resolução dos problemas e numa redução de 74% dos EA de responsabilidade profissional, traduzindo uma melhoria mensurável da SD (Virginia Mason Institute, 2018); O Cincinnati Children’s

Hospital Medical Center, nos EUA, implementou *huddles* diárias e mecanismos de *situation awareness*<sup>4</sup> (consciência da situação) para monitorizar os riscos em tempo real (Brady et al.,2013). Estas estratégias permitiram uma redução sustentada de 50% a 67% dos Serious Safety Events e fomentar uma cultura em que os erros são reportados, discutidos e utilizados como oportunidade de aprendizagem (Cincinnati Children's, 2024); E o Cleveland Clinic London, no Reino Unido, que implementou o Patient Safety Incident Response Framework (sistema de notificação não punitivo), com a finalidade de reforçar a aprendizagem a partir dos incidentes e reconhecer que o aumento das notificações é esperado numa cultura segura. Os dados institucionais evidenciam reduções significativas nas taxas de Serious Safety Events<sup>5</sup>, acompanhadas de um aumento de notificações, interpretado como sinal de maturidade cultural (Cleveland Clinic London, 2024).

Realizar estudos multicêntricos envolvendo outras unidades hospitalares, o que permitirá comparar os níveis da cultura de segurança e a prevalência de quedas em diferentes contextos, identificando-se boas práticas e estratégias replicáveis. Análise do impacto das medidas preventivas implementadas, ou seja, investigar a eficácia das medidas preventivas de quedas registadas como implementadas, avaliando se estas efetivamente correspondem a uma diminuição dos episódios em determinados serviços. Por fim, os trabalhos futuros poderão também incluir a visão dos próprios doentes sobre a segurança nos cuidados recebidos, promovendo uma abordagem mais centrada no doente e alinhada com as recomendações da OMS para uma cultura de segurança participativa.

---

<sup>4</sup> Capacidade de perceber o que está a acontecer no meio envolvente, compreender o seu significado e antecipar o que pode acontecer a seguir (Endsley, 1995).

<sup>5</sup> Evento adverso = incidente com dano grave ou morte para o doente (DGS, 2011)

## CONCLUSÃO

A SD é atualmente um dos pilares fundamentais da qualidade em saúde, assumindo uma importância crescente face à complexidade dos cuidados prestados em contexto hospitalar. O presente TFM teve como objetivo estudar a relação entre a cultura de segurança e a prevalência de quedas dos doentes internados na ULSAC com vista à melhoria contínua, contribuindo para um conhecimento mais aprofundado sobre os dois fenómenos centrais no domínio da segurança: a cultura organizacional e os EA evitáveis.

A análise dos dados provenientes do questionário HSOPS 1.0 aplicado em 2016, revelou que, embora os profissionais da ULSAC apresentem uma perceção global positiva sobre a SD, persistem fragilidades em dimensões como o “apoio da gestão”, “resposta não punitiva ao erro” e “notificação de incidentes”, dimensões determinantes para a consolidação de uma cultura de segurança robusta, sendo que atualmente os dados sugerem uma cultura de medo e culpabilização. Estas dimensões representam barreiras importantes ao desenvolvimento de uma cultura de segurança sólida e resiliente, comprometendo o potencial de aprendizagem institucional e de melhoria contínua.

Por outro lado, a análise das 311 quedas notificadas no biénio 2023/2024 permite caracterizar com certo detalhe o risco com que os doentes envolvidos estavam sinalizados, os fatores intrínsecos e extrínsecos associados, e os contextos onde ocorrem com maior frequência. Destacam-se, entre outros, a predominância de quedas em doentes com elevado risco de queda, segundo a escala de Morse, maioritariamente no quarto e nos turnos da manhã, sendo a “confusão” o fator predisponente mais prevalente. Apesar de 95% das medidas preventivas constarem como implementadas, a ocorrência de quedas continua a verificar-se, o que levanta questões sobre a efetividade real da aplicação dessas medidas.

A análise dos dados permite concluir, face à literatura, que existe uma relação entre a cultura de segurança institucional e a ocorrência de eventos adversos, como é o caso das quedas hospitalares. E que dimensões mais frágeis como a o “apoio pela gestão à SD” estão relacionadas com a subnotificação de eventos.

Instituições onde uma cultura de segurança esteja mais desenvolvida tende a apresentar ambientes mais seguros, com equipas que comunicam eficazmente, notificam os incidentes, aprendem com os erros e contam com o apoio ativo da gestão. A ausência ou debilidade desses elementos compromete a capacidade de prevenir EA e de garantir os cuidados centrados na SD.

Este trabalho, embora limitado por constrangimentos – como a utilização de dados de 2016 para a cultura de segurança – oferece contributos relevantes para a prática clínica e para a gestão hospitalar, salientando a necessidade de reforçar as políticas de segurança, promover uma cultura organizacional positiva e investir na formação e capacitação das equipas.

Conclui-se, assim, que a melhoria da cultura de segurança não deve ser entendida como um objetivo isolado, mas como uma estratégia integrada de gestão da qualidade, essencial para prevenir quedas e outros EA. A sua promoção exige o envolvimento transversal de todos os níveis da organização – gestão de topo aos profissionais de “primeira linha” – numa lógica de responsabilização sem culpabilização, aprendizagem contínua e compromisso ético com a SD.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusalem S, Polivka B, Coty M, Crawford TN, Furman CD, Alaradi M. (2021) The relationship between culture of safety and rate of adverse events in long-term care facilities. *J Patient Saf.* 17(4): 299-304. <http://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000587>
- Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, London (United Kingdom), & Health and Safety Commission, London (United Kingdom). (1993). ACSNI study group on human factors. HM Stationery Office. Hendrich, A. L., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 16(1): 9–21.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013, January). Preventing *Falls in Hospitals Tool 3G: STRATIFY Scale for Identifying Fall Risk Factors*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://Archive.Ahrq.Gov/Patient-Safety/Settings/Hospital/Fall-Prevention/Toolkit/Stratify-Scale.Html>.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). SOPS Hospital Survey. Content last reviewed March 2025. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2023, July). Preventing Falls in Hospitals Tool 3H: Morse Fall Scale for Identifying fall risk factors. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://Archive.Ahrq.Gov/Patient-Safety/Settings/Hospital/Fall-Prevention/Toolkit/Morse-Fall-Scale.Html>.
- Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.

- American Hospital Association. (2025, 11 de março). *Improvement in safety culture linked to better patient and staff outcomes*. <https://www.aha.org/guidesreports/2025-03-11-improvement-safety-culture-linked-better-patient-and-staff-outcomes>
- Antônio Quinto Neto. (2006). Patient, professional, and organization safety: a new healthcare standard. *Revista de administração em saúde*, 8(33), 153–158. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-451167>
- Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Canca-Sanchez, J. C., & Toribio-Montero, J. C. (2014). Circumstances and causes of falls by patients at a Spanish acute care hospital. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(5), 631–637. <https://doi.org/10.1111/jep.12187>
- Azevedo, F. (2016). Passado, presente e futuro. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 7–8. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/774>
- Baines, R. J., Langelaan, M., De Bruijne, M. C., Asscheman, H., Spreeuwenberg, P., Van De Steeg, L., Siemerink, K. M., Van Rosse, F., Broekens, M., & Wagner, C. (2013). Changes in adverse event rates in hospitals over time: A longitudinal retrospective patient record review study. *BMJ Quality and Safety*, 22(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001126>
- Bartonickova D., Kalankova D. & Ziakova K. (2021) How to Measure Patient Safety Culture? A Literature Review of Instruments . *Acta Médica Martiniana*. 21(2), 69 - 79 <https://sciendo.com/es/article/10.2478/acm-2021-0010>
- Bienassis, K., & Klazinga, N. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers, No. 134*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>
- Brás, C. P. da C., Ferreira, M. M. C., Figueiredo, M. do C. A. B. de, & Duarte, J. C. (2023). Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3838>

- Brady, P. W., Muething, S. E., Kotagal, U. R., Ashby, M., Gallagher, R., Hall, D., Goodfriend, M., White, C., Bracke, T. M., DeCastro, V., Geiser, M., Simon, J., Tucker, K. M., Olivea, J., Conway, P. H., & Wheeler, D. S. (2013). Improving situation awareness to reduce unrecognized clinical deterioration and serious safety events. *Pediatrics*, *131*(1), e298–e308. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1364>
- Brown, D. S., & Wolosin, R. (2013). Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics. *Journal for Healthcare Quality*, *35*(4), 61–74.
- Bueno-García, M. J., Roldán-Chicano, M. T., Rodríguez-Tello, J., Meroño-Rivera, M. D., Dávila-Martínez, R., & Berenguer-García, N. (2017). Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*, *27*(4), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.008>
- Campanini, I., Bargellini, A., Mastrangelo, S., Lombardi, F., Tolomelli, S., Lusuardi, M., & Merlo, A. (2021). Performance of the Hendrich fall risk model ii in patients discharged from rehabilitation wards. A preliminary study of predictive ability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041444>
- Carvalho, R. E. F. L., Bates, D. W., Syrowatka, A., Almeida, I., Sousa, L., Goncalves, J., Oliveira, N., Gama, M., & Alencar, A. P. (2023). Factors determining safety culture in hospitals: A scoping review. *BMJ Open Quality*, *12*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002310>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, November). *Assessment Timed Up & Go (TUG)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://Search.Cdc.Gov/Search/?Query=%E2%80%A2%20Timed%20Up%20and%20Go%20TUG&dpage=1>.
- Churruca, K., Ellis, L. A., Pomare, C., Hogden, A., Bierbaum, M., Long, J. C., Olekalns, A., & Braithwaite, J. (2021). Dimensions of safety culture: A systematic review of

quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals.

*BMJ Open*, 11(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>.

Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2025). *System-level measures: Serious Safety Events*: <https://www.cincinnatichildrens.org/about/quality-measures/system-level-measures/serious-safety-events>

Cleveland Clinic London. (2024). *Stand up for safety—Our patient safety incident response plan (PSIRP) 2024–2025*. <https://www.clevelandcliniclondon.uk/-/scassets/files/org/locations/london/london-psirp-2024-2025.pdf>

Cohen, M. M., Kimmel, N. L., Benage, M. K., Hoang, C., Burroughs, T. E., & Roth, C. A. (2004). Implementing a hospitalwide patient safety program for cultural change. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(8), 424–431. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(04\)30048-1](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(04)30048-1)

Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: A review of surveys. *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 364–366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>

Conley D, Schultz A, Selvin R. (1999) The challenge of predicting patients at risk of falling: development of the Conley Scale. *Medsurg Nursing*, 8: 348–54.

Correa da Silva, J. G. (2022). Science and scientific method. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 11(4), 621–633. <https://doi.org/10.21275/sr22412084104>

*Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde*. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. (pp. 96–103). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

*Despacho n.º 1400-A/2015 [Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020] do Ministério da Saúde*. (2015). Diário da República: II série, n.º 28 (1.º Suplemento) <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

- Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde.* (2015). Diário da República: II série, n.º 103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde.* (2009). Diário da República: II série, n.º 120, pp. 24667–24669. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final. [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS\\_Statement\\_of\\_Purpose.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf)
- Direção Geral da Saúde, & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 025/2013 de dezembro de 2013. [https://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS\\_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-](https://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-)
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Norma n.º 008/2019. Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/12/09/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares/>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Documento técnico para a implementação do plano nacional para a segurança dos doentes 2021 - 2026. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. DGS. <https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/01/Manual-PNS.pdf>

- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2016). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais (Norma n.º 025/2013) Resultados Hospital do Espírito Santo ULSAC 2016.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>
- Downton, J. H. (1994, February 2). Falls in the elderly. *Nursing Standard*, 158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27657250/>
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Endsley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors*, 37(1), 32–64. <https://doi.org/10.1518/001872095779049543>
- Fassarella, C. S., da Silva, L. D., Camerini, F. G., & Barbieri-Figueiredo, M. D. C. (2019). Organizational indicator of safety culture in a university hospital. *Revista Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34073>
- Fernandes, L., Tourinho, S., Lima De Souza, N., & Paiva De Menezes, R. M. (2014). Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Revista Enfermagem UFPE online*, 2507. <https://doi.org/10.5205/reuol.5927-50900-1-SM.0807supl201440>
- Filho, A., Andrade, J., & Marinho, M. (2011). Culture e safety management: the proposal of a model. *Gestão & Produção de São Carlos*, 18(1), 205–220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-530X2011000100015>
- Fleming, M., & Wentzell, N. (2008). Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, 11(3). <https://doi.org/10.12927/hcq.2013.19604>

- Fragata, J., Sousa, P., & Santos, S. R. (2019). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. Sousa, P. & Mendes, W. (Eds.) *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Editora FIOCRUZ (2ª ed.). (pp. 20–40). <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Fragata José, & Martins Luís. (2014). *O Erro em Medicina*. Ed. Almedina.
- Frank, C., Hodgetts, G., & Puxty, J. (1996). Safety and efficacy of physical restraints for the elderly Review of the evidence. *Canadian Family Physician - Le Médecin de famille canadien* (Vol. 42). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8969858/>
- Freitas, E. (2023). Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Adaptação da nova versão do Hospital Survey on Patient Safety Culture para a cultura portuguesa [Dissertação de Mestrado, Politécnico de Lisboa]. Em *Repositório do Instituto Politécnico de Lisboa*. <https://repositorio.ipl.pt/entities/publication/cc34303a-0ac7-4f14-89b3-4eaaf4a30583>
- Freitas, E., Silva, C., & Eiras, M. (2025). Portuguese cross-cultural adaptation and validation of the hospital survey on patient safety culture 2.0. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12960-x>
- Frush, K., Chamness, C., Olson, B., Hyde, S., Nordlund, C., Phillips, H., & Holman, R. (2018). National Quality Program Achieves Improvements in Safety Culture and Reduction in Preventable Harms in Community Hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(7), 389–400. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.04.008>
- Gallier, U., & Duarte, F. (2025). Safety culture improvement proposals in high-risk industries: A semi-systematic literature review. *Safety Science*, 181. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2024.106670>
- Gandhi, T. K., Graydon-Baker, E., Huber, C. N., Whittemore, A. D., & Gustafson, M. (2005). Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(11), 614–621. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(05\)31079-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(05)31079-8)

- Ghoul, I., Abdullah, A., Awwad, F., & Dardas, L. A. (2025). Safety huddle in healthcare settings: A concept analysis. *BMC Health Services Research*, 25(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x>
- Ginsburg, L., Norton, P., & Tregunno, D. (2012). *MSI Patient Safety Culture Survey: Technical Report of 2010 Survey Revisions*. Patient Safety Research at York University. <https://www.yorku.ca/patientsafety/psculture/questionnaire/Final-Technical-Report-of-MSI2010-FINAL-Report.pdf>
- Guerra, A. de L. e R. (2024). Metodologias e classificação das pesquisas científicas. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar* - ISSN 2675-6218, 5(8). <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i8.5584>
- Guzzo, A. S., Meggiolaro, A., Nannocci, A., Tecca, M., Salomone, I., & La Torre, G. (2015). Conley Scale: assessment of a fall risk prevention tool in a General Hospital. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 56(2), 77–87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26789993/>
- Hafezi, A., Babaii, A., Aghaie, B., & Abbasinia, M. (2022). The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01076-w>
- Haines, T. P., Bell, R. A. R., & Varghese, P. N. (2010). Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds to hospital wards for the prevention of falls and fall injuries. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(3), 435–441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02735.x>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. Em *BMJ Quality and Safety* (Vol. 20, Issue 4, pp. 338–343). <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Harada, M. de J. C. S., Pedreira, M. da L. G., Peterlini, M. A. S., & Pereira, S. R. (2006). *Human error and patient safety*. Atheneu (2<sup>a</sup> ed.)

- Hibbert, P. D., Stewart, S., Wiles, L. K., Braithwaite, J., Runciman, W. B., & Thomas, M. J. W. (2023). Improving patient safety governance and systems through learning from successes and failures: Qualitative surveys and interviews with international experts. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(4), mzad088. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad088>
- Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Birge, S., Dunagan, W. C., Fischer, I., Johnson, S., Nast, P. A., Costantinou, E., & Fraser, V. J. (2004). Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting: A Prospective Analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 19(7), 732–739. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30387.x>
- Hofmann, D. A., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59(4), 847–869. <https://psycnet.apa.org/record/2006-21431-003>
- Hong, S., Kim, J. S., & Choi, Y. A. (2024). Predictive Validity of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool for Older Patients in Stroke Rehabilitation. *Healthcare (Switzerland)*, 12(7), 791. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070791>
- Hospital do Espírito Santo, E. P. E. (2018). Relatório de Governo Societário 2017. [https://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio\\_de\\_governo-societario-2017.pdf](https://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2020/01/relatorio_de_governo-societario-2017.pdf)
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *Leading a culture of safety: A blueprint for success*. [https://www.ihl.org/sites/default/files/Leading\\_a\\_Culture\\_of\\_Safety\\_Blueprint.pdf](https://www.ihl.org/sites/default/files/Leading_a_Culture_of_Safety_Blueprint.pdf)
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/9728>
- Kaissi, A., Johnson, T., & Kirschbaum, M. S. (2003). Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. *Nursing Economics*, 21(5), 211–218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14618970/>

- Kakemam, E., Gharaee, H., Rajabi, M. R., Nadernejad, M., Khakdel, Z., Raeissi, P., & Kalhor, R. (2021, 12 de abril). *Nurses' perception of patient safety culture and its relationship with adverse events: A national questionnaire survey in Iran*. *BMC Nursing*, 20(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00571-w>
- Kohanová, D., & Bartoničková, D. (2024). *Barriers to reporting adverse events from the perspective of ICU nurses: A mixed-method study*. *Enfermería Intensiva (English Edition)*, 35(4), 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2023.12.005>
- Kristensen, S., & Bartels, P. (2010). Use of Patient Safety Culture - Instruments and Recommendations. European Society for Quality in HealthCare – Office for Quality Indicators.
- Kusljic, S., Perera, S., & Manias, E. (2018). Age-dependent physiological changes, medicines and sex-influenced types of falls. *Experimental Aging Research*, 44(3), 221–231. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2018.1449588>
- Lai, Y.-H., Wu, M.-J., Chen, H.-H., Lin, S.-P., Wu, C.-Y., Chin, C.-S., Lin, C.-H., Shiu, S.-I., Lin, Y.-C., Chen, H.-C., Hou, S.-C., & Chang, C.-W. (2023). Impacts of huddle intervention on the patient safety culture of medical team members in medical ward: One-group pretest-posttest design. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 3599–3607. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S43418>
- Lusardi, M. M., Fritz, S., Middleton, A., Allison, L., Wingood, M., Phillips, E., Criss, M., Verma, S., Osborne, J., & Chui, K. K. (2017). Determining Risk of falls in community dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis using posttest probability. In *Journal of Geriatric Physical Therapy* (Vol. 40, Issue 1, pp. 1–36). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000099>
- Luzia, M. de F., Prates, C. G., Bombardelli, C. F., Adorna, J. B., & Souto de Moura, G. M. S. (2019). Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (esp). <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307>

- Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf.* 2010 Dec;6(4):226-32. [10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00](https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00)
- Manzato, A. J., & Santos, A. B. (2012). A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. Departamento de Ciências de Computação e Estatística do IBILCE-UNESP. [https://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2012\\_1/ELABORACAO\\_QUESTI\\_ONARIOS\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](https://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTI_ONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf)
- Marks, W. (1992). Physical Restraints in the Practice of Medicine Current Concepts. *Archives of Internal Medicine*, 152, 2203–2206. <https://archinte.jamanetwork.com/>
- Marx, D. (2019). Patient safety and the just culture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(2), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.01.003>
- Michael St. Pierre. (2013). Safe patient care-safety culture and risk management in otorhinolaryngology. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surgery*, 12, 1–12. <https://doi.org/10.3205/cto000101>
- Miranda, N., & Tiu, T. K. (2023, February 17). *Berg Balance Testing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574518/>.
- Mirelman, A., Herman, T., Brozgol, M., Dorfman, M., Sprecher, E., Schweiger, A., Giladi, N., & Hausdorff, J. M. (2012). Executive function and falls in older adults: New findings from a five-year prospective study link fall risk to cognition. *PLoS ONE*, 7(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040297>
- Montero-Odasso, M., Muir, S. W., & Speechley, M. (2012). Dual-task complexity affects gait in people with mild cognitive impairment: The interplay between gait variability, dual tasking, and risk of falls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(2), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.026>
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ...

- Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. In *Age and Ageing*, 51(9). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. *American Journal of Infection Control*, 30(6), 376–380.  
<https://doi.org/10.1067/mic.2002.125808>
- Morse, J. M. (2009). Preventing patient falls: Establishing a fall intervention program (Springer Publishing Company, 2<sup>a</sup> ed.).
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging*, 8(4), 366–377.  
<https://doi.org/10.1017/S0714980800008576>
- Nassau University Medical Center. (2020). National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). Quality at the Nassau University Medical Center.  
<https://www.numc.edu/about/nuoutcomes-quality-reports/quality-at-the-nassau-university-medical-center/national-database-of-nursing-quality-indicators-ndnqi/>
- Naveh, E., Katz-Navon, T., & Stern, Z. (2005). Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach. *Management Science*, 51(6), 948–960.  
<https://doi.org/10.1287/mnsc.1050.0372>
- NHS England. (2023, 10 de julho). *Improving patient safety culture – a practical guide*.  
<https://www.england.nhs.uk/long-read/improving-patient-safety-culture-a-practical-guide/>
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research*, 13:228.  
<https://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/228>
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 17–23.  
[https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.citation-tools](https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.citation-tools)

- Shaikh, U. (2020). Improving patient safety and team communication through daily huddles. *PSNet*. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/improving-patient-safety-and-team-communication-through-daily-huddles>
- Smit, C.; Peddle, M. Experiences and Perceptions of Registered Nurses Who Work in Acute Care Regarding Incident Reporting: A Scoping Review. *Healthcare* 2025, 13, 1250. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12155484/?utm>
- Sousa, P., Paiva, S. G., Lobão, M. J., Van-Innis, A. L., Pereira, C., & Fonseca, V. (2021). Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021-2026: A Robust Methodology Based on the Mixed Method Approach. *Portuguese Journal of Public Health*, 39(3), 175–192. <https://doi.org/10.1159/000521722>
- Oliver, D., Brictton, M., Seed, P., Martcin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ*, 315, 1049–1053. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1049>
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing*, 33(2), 122–130. <https://doi.org/10.1093/ageing/afh017>
- Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26, 645–692. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>
- Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Alsenany, S. A., Farghaly Abdelaliem, S. M., & Alzoubi, M. M. (2023, 3 de julho). Awareness of reporting practices and barriers to incident reporting among nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01376-9>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2024). Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based

- on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2 (OECD Health Working Papers, Vol. 168). <https://doi.org/10.1787/d0552328-en>
- Patient Safety Network. (2019) Falls. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/falls>.
- Parker, D. (2009). Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *Journal of Nursing Management*, 17(2), 218–222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x>
- Peltomaa, K. (2012). James Reason. *Quality Management in Health Care*, 21(1), 59–63. <https://doi.org/10.1097/qmh.0b013e3182418294>
- Petschonek, S., Burlison, J., Cross, C., Martin, K., Laver, J., Landis, R. S., & Hoffman, J. M. (2013). Development of the just culture assessment tool: Measuring the perceptions of health-care professionals in hospitals. *Journal of Patient Safety*, 9(4), 190–197. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e31828fff34>
- Podsiadlo, J. D., Bscpt, S., & Richardson, M. D. J. (1991). The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1991946/>
- Poe, S. S., Cvach, M., Gartrell, D., Radzik, B., & Joy, Ct. (2005). An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management Lessons Learned. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (2), 107–116. <https://doi.org/10.1097/00001786-200504000-00004>
- Portaria n.º 155/2009 do Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2019). Diário da República: I série, 878–881. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/155-2009-601363>
- Reason, J. (2000). Education and debate Human error: models and management. In *BMJ* (Vol. 320). <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

- Reis, C. T. (2019). Cultura de segurança em organizações de saúde. Sousa, P. & Mendes, W. (Eds.) Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. Editora FIOCRUZ (2ª ed.). (pp.77–109). <https://doi.org/10.7476/9788575416426>
- Schwenk, M., Lauenroth, A., Stock, C., Rodriguez Moreno, R., Oster, P., McHugh, G., Todd, C., & Hauer, K. (2012). Definitions and methods of measuring and reporting on injurious falls in randomised controlled fall prevention trials: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 12 (50).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-50>
- Scura, D., & Munakomi, S. (2022, November 20). Tinetti Gait and Balance Test. National Library of Medicine – National Center for Biotechnology Information.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578181/>.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Falwell, A., Lin, S., Hayes, J., & Baker, L. (2009). Patient Safety Climate in 92 US Hospitals: Differences by Work Area and Discipline. *Medical Care*, 47; (1), 23–31.  
[https://www.jstor.orgURL:https://www.jstor.org/stable/40221833https://www.jstor.org/stable/40221833?seq=1&cid=pdf-reference#references\\_tab\\_contents](https://www.jstor.orgURL:https://www.jstor.org/stable/40221833https://www.jstor.org/stable/40221833?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents)
- Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., & Howard, S. K. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* (Vol. 12). [www.qshc.com](http://www.qshc.com)
- Sousa, P., Paiva, S. G., Lobão, M. J., Van-Innis, A. L., Pereira, C., & Fonseca, V. (2021). Contributions to the Portuguese National Plan for Patient Safety 2021-2026: A Robust Methodology Based on the Mixed-Method Approach. *Portuguese Journal of Public Health*, 39(3), 175–192. <https://doi.org/10.1159/000521722>

- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., & Nunes, C. (2018). 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*, 30(2), 132–137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>
- Spano-Szekely, L., Winkler, A., Waters, C., Dealmeida, S., Brandt, K., Williamson, M., Blum, C., Gasper, L., & Wright, F. (2019). Individualized Fall Prevention Program in an Acute Care Setting: An Evidence-Based Practice Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 34 (2), 127–132. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000344>
- Staggs, V. S., Davidson, J., Dunton, N., & Crosser, B. (2015). Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types: Lessons from Expansion of the NDNQI Falls Indicator. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(2), 106–112. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000085>
- Stein, J. E., & Heiss, K. (2015). The Swiss cheese model of adverse event occurrence—Closing the holes. *Seminars in Pediatric Surgery*, 24(6), 278–282. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.003>
- Steyrer, J., Latzke, M., Pils, K., Vetter, E., & Strunk, G. (2011). Development and validation of a patient safety culture questionnaire in acute geriatric units. *Gerontology*, 57(6), 481–489. <https://doi.org/10.1159/000322089>
- St.Pierre, M., & Hofinger, G. (2006). Human Factors und Patienten-sicherheit in der Akutmedizin. *Notfallmanagement*. Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/3-540-27014-0\\_11](https://doi.org/10.1007/3-540-27014-0_11)
- Takase, M. (2023). Falls as the result of interplay between nurses, patient and the environment: Using text-mining to uncover how and why falls happen. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.12.003>
- The Joint Commission. (2021). Definition Examples of Safety Culture and Overlap with Safety Climate. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetymodule14.html>

- Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A., & Helmreich, R. L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BioMed Central Health Services Research*, 5. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-28>
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 119–126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Virginia Mason Institute. (2018, 21 de abril). *Case Study: Embedding a system to protect patient safety*. <https://www.virginiamasoninstitute.org/resource/embedding-a-system-to-protect-patient-safety/>
- Vogus, T. J., & Sutcliffe, K. M. (2007). The Safety Organizing Scale Development and Validation of a Behavioral Measure of Safety Culture in Hospital Nursing Units. *Medical Care*, 45 (1), 46–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17279020/>
- Wachter, R. M. (2010). Patient Safety At Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps. *Health Affairs*, 29 (1), 165–173. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0785>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest* 158(1), pp. S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Waterson, P., Carman, E. M., Manser, T., & Hammer, A. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): A systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. *BMJ Open*, 9(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026896>
- Weingart, S. N., Farbstein, K., et al. (2004). Using a multi- hospital survey to examine the safety culture. *Joint Comission Journal on Quality and Safety*, 30(3), 125–132. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1549374104300146>

What Is Patient Safety Culture?. Content last reviewed June 2024. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

<https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

Wiegmann, D. A., & Shappell, S. A. (2003). A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis - The Human Factors Analysis and Classification System. Ashgate.

Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the “swiss Cheese Model” and Its Application to Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 119–123. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>

World Health Organization. (2002). Quality of care: patient safety. <https://www.who.int/publications/i/item/WHA55.18>

World Health Organization. (2004, September 27). World Alliance for Patient Safety - The Launch of the World Alliance for Patient Safety. <https://www.who.int/news/item/27-10-2004-world-alliance-for-patient-safety>

World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. <https://iris.who.int/handle/10665/43470>

World Health Organization. (2024). Taking the pulse of quality of care and patient safety in the WHO European Region: multidimensional analysis and future prospects. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061568>

World Health Organization. (s.d.). Patient safety. [https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/europe/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

World Health Organization. (2008). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>

World Health Organization. (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1. [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS\\_Statement\\_of\\_Purpose.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf)

World Health Organization. (2023, December 19). WHO and North Macedonia team up to cultivate a safety culture. <https://www.who.int/europe/news/item/19-12-2023-who-and-north-macedonia-team-up-to-cultivate-a-safety-culture>

World Health Organization (WHOa). (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 - Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

World Health Organization (WHOb). (2021, April 26). Falls. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Zecevic, A. A., Ho-Ting, A. L., Ngo, C., Halligan, M., & Kothari, A. (2017). Improving safety culture in hospitals: Facilitators and barriers to implementation of systemic falls investigative method (SFIM). *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 371–377. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx034>

Zecevic, A. A., Salmoni, A. W., Speechley, M., & Vandervoort, A. A. (2006). Defining a Fall and Reasons for Falling: Comparisons Among the Views of Seniors, Health Care Providers, and the Research Literature. *The Gerontologist Society of America*, 46(3), 367–376. <https://gerontologist.oxfordjournals.org/>

## **ANEXO 1**

HSOPS 1.0.



## Questionário hospitalar sobre política de segurança do doente

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretendemos conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências do Hospital onde trabalha. Com a sua participação irá contribuir para um estudo desenvolvido em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública sobre Segurança do Doente.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

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

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

### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Este questionário vai ser submetido a leitura óptica.  
Por favor use tinta preta ou azul.  
Leia atentamente a escala de resposta e preencha apenas uma

Preencha  assim  assim não

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Considere o Serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

### SECÇÃO A: O seu Serviço/unidade de trabalho

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/unidade onde trabalha.

Utilize para isso a escala indicada:

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1 - Discordo fortemente       | 4 - Concordo            |
| 2 - Discordo                  | 5 - Concordo fortemente |
| 3 - Não concordo nem discordo |                         |

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



42754

**SECÇÃO B: O seu superior hierárquico**

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

- 1 - Discordo fortemente  
2 - Discordo  
3 - Não concordo nem discordo  
4 - Concordo  
5 - Concordo fortemente

	1	2	3	4	5
1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO C: Comunicações**

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

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

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

**SECÇÃO D: Frequência da notificação de eventos/ocorrências**

No Serviço/unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrerem, quantas vezes são notificados? Para responder utilize a escala indicada:

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

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



42754

**SECÇÃO E: Grau de segurança do doente**

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

Excelente

Muito Boa

Aceitável

Fraca

Muito Fraca

**SECÇÃO F: O seu Hospital**

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

1 - Discordo fortemente

4 - Concordo

2 - Discordo

5 - Concordo fortemente

3 - Não concordo nem discordo

	1	2	3	4	5
1. A Direcção do Hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Os Serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/unidade para outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Existe boa colaboração entre os Serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/unidades do Hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As acções da Direcção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A Direcção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. As mudanças de turno neste Hospital são problemáticas para o doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**SECÇÃO G: Número de eventos/ocorrências notificadas**

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

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



42754

### SECÇÃO H: Identificação

**1 - Sexo:**

Feminino  Masculino

**2 - Idade:**

< 30 anos  30 a 34 anos  35 a 39 anos  40 a 44 anos  45 ou mais anos

**3 - Alguma vez tinha respondido a este questionário?**  Sim  Não

**4 - O serviço/unidade onde trabalha é acreditado/certificado?**  Sim  Não

**5 - Profissão:**

- médico
  - técnico de diagnóstico e terapêutica
  - técnico superior
  - enfermeiro
  - auxiliar de acção médica
  - administrativo
  - outro
- Qual? \_\_\_\_\_

**6 - Experiência no serviço/unidade:**

- < 6 meses
- 6 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais anos

**5 - Identificação da Instituição:**

- H Magalhães Lemos
- H Santa Maria
- H Santo António
- IPO Coimbra
- Mat Alfredo da Costa
- Outro

Qual? \_\_\_\_\_

**7 - Experiência na Instituição:**


< 6 meses  6 a 11 meses  1 a 2 anos  3 a 7 anos  8 a 12 anos  13 a 20 anos  21 ou mais anos

Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital.

**Muito obrigado pela sua participação!**

## **ANEXO 2**

Folha de notificações das Quedas Hospitalares

		<b>PARTICIPAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDA DO UTENTE</b> <i>Colar Vinheta do Processo Clínico do Doente</i>	
SERV. CO. _____			
<b>Causa do Internamento</b>			
<b>Dados da Ocorrência de Queda</b>	Data: ____ / ____ / ____ Hora ____ Local: _____ Última Avaliação de Risco Anterior à Queda: Reduzido <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Foram Adoptadas as Medidas Preventivas Adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Queda Visualizada: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Testemunhos _____		
<b>Identificação de Factores de Risco Intrínsecos</b>	Agitação <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Alteração do Equilíbrio <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Parésia <input type="checkbox"/> Lipotímia <input type="checkbox"/> Diminuição da Acuidade Visual <input type="checkbox"/> Outros _____		
<b>Identificação de Factores Risco Extrínsecos</b>	Pavimento Molhado/Escurregadio <input type="checkbox"/> Existência de Obstáculos <input type="checkbox"/> Falta de Iluminação <input type="checkbox"/> Existência de Degraus <input type="checkbox"/> Superfície Irregular <input type="checkbox"/> Secação <input type="checkbox"/> Medicação Pré-Anestésica <input type="checkbox"/>		
<b>Consequências Da Queda</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Alteração da Consciência: Lipotímia <input type="checkbox"/> Sonoiência <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Alteração da Memória: Confusão <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Quais? _____ Feridas: Escoriação <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ Localização Anatómica: _____		
<b>Participação da Ocorrência</b>	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> A quem? _____ Houve Intervenção Médica? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
<b>Outros Dados Relevantes</b>	Foram efectuados Exames Complementares de Diagnóstico? Quais _____ O utente foi submetido a Intervenção Cirúrgica? Qual? _____ Outros Dados: _____		
<b>Rubrica dos Notificantes</b>	Enf.º Responsável pelo utente _____		Data ____ / ____ / ____
	Enf.º Chefe _____		Data ____ / ____ / ____

## **ANEXO 3**

ACDS nos Hospitais – Resultados HESE em 2016



## Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais (Norma nº 025/2013)

RESULTADOS  
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - Évora

2016

1



Este projeto é desenvolvido mediante protocolo  
celebrado com a APDH



## CARACTERÍSTICAS DO QUESTIONÁRIO

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

3

Com o Questionário pretende-se avaliar...

- ✓ **As dimensões da cultura segurança do doente**
  
- ✓ **A perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança da instituição:**
  1. Número de notificações
  2. Avaliação geral

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

4

## Dimensões da cultura de segurança do doente

1. Trabalho em equipa (D1)
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2)
3. Apoio à segurança do doente pela gestão (D3)
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua (D4)
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente (D5)
6. *Feedback* e comunicação acerca do erro (D6)
7. Abertura na comunicação (D7)
8. Frequência da notificação (D8)
9. Trabalho entre as unidades (D9)
10. Dotação de Profissionais (D10)
11. Transições (D11)
12. Resposta não punitiva ao erro (D12)

## METODOLOGIA

- ✓ O hospital formalizou a inscrição com a caracterização do nº de profissionais/categoria profissional
- ✓ O questionário foi disponibilizado pela DGS, por via eletrónica, entre 5 de janeiro e 15 de junho de 2016 (<https://pt.surveymonkey.com/s/HESEVORA>)
- ✓ Consideraram-se como válidos, os questionários respondidos integralmente às dimensões

- ✓ A análise dos resultados foi realizada tendo em conta as respostas positivas a cada item/dimensão
- ✓ A média da dimensão resulta da média das respostas positivas dos itens que compõem a dimensão
- ✓ Quando um item é colocado pela negativa, o percentual de respostas negativas passa a ser considerado como positivo.

✓ Para maximizar a taxa de respostas:

- ✓ enviaram-se sugestões para a distribuição interna do *link*.
- ✓ realizou-se uma reunião (março) com as Comissões da Qualidade e Segurança, onde o projeto foi abordado, motivou-se a participação dos profissionais e foram referidas as mais valias da adesão ao questionário.
- ✓ enviaram-se dois pontos de situação com as taxas de adesão nacional e da instituição. A informação foi complementada com o envio da taxa de adesão, por grupo profissional.
- ✓ foi disponibilizado, a cada instituição, um link de consulta dos resultados (nº de respostas submetidas e distribuição por grupo profissional e serviço/unidade assistencial)

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

## HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA

**Universo:** 1458 profissionais

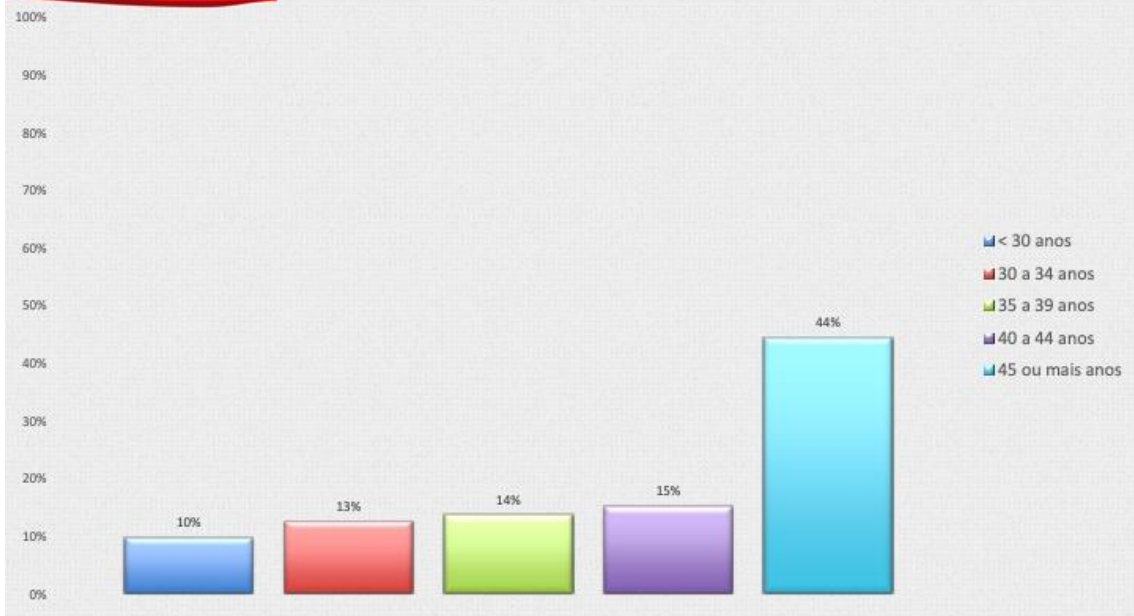
**Questionários válidos:** 349

**Taxa de adesão:** 23,9%

### Sexo



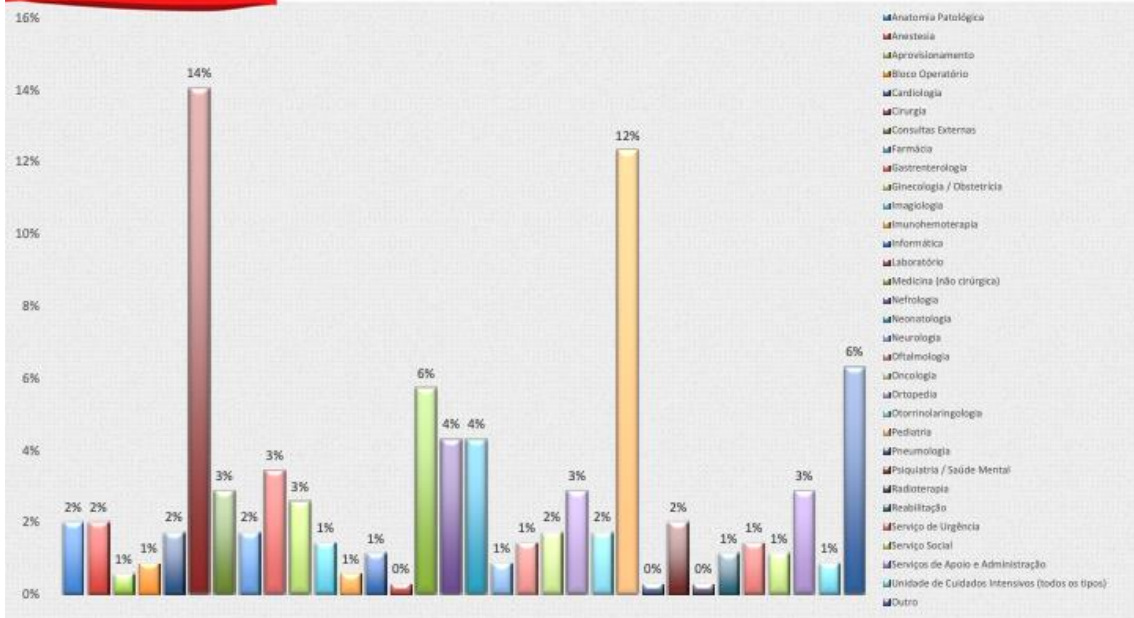
### Faixa etária



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

13

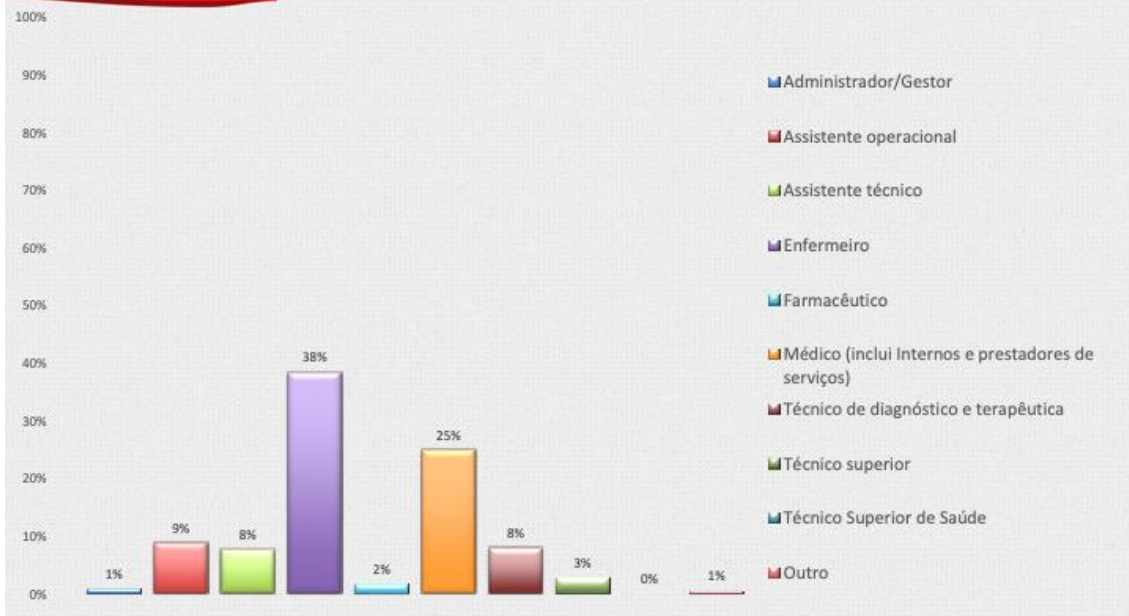
### Serviço / unidade



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

14

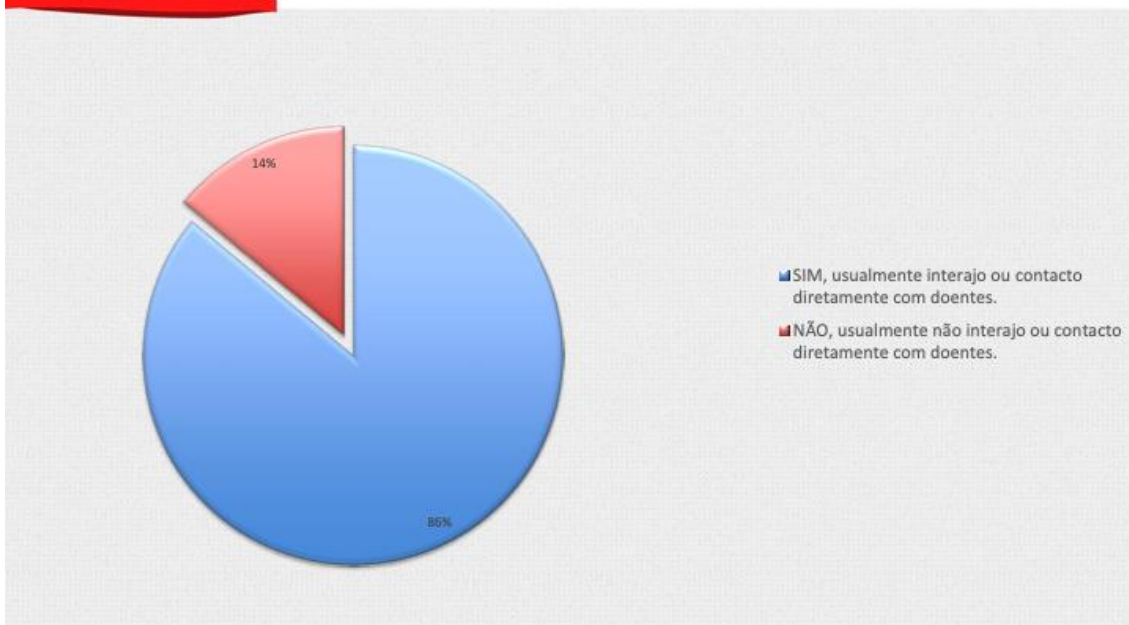
## Grupo Profissional



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

15

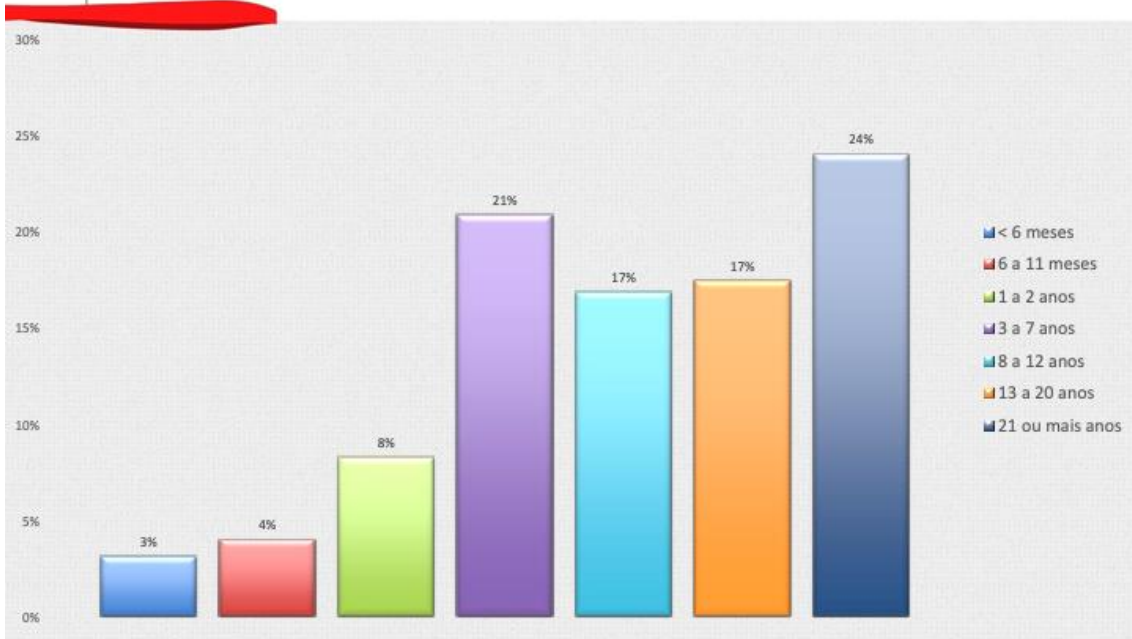
## Interação do Profissional com o Doente



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

16

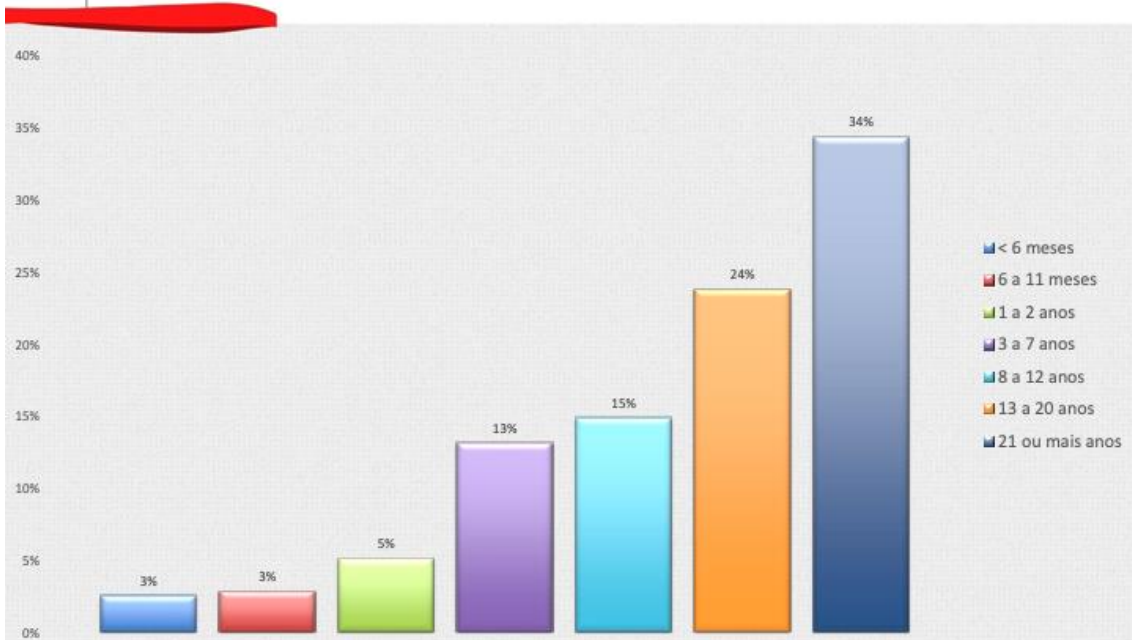
### Experiência no Serviço / Unidade



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

17

### Experiência na Instituição



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

18

# RESULTADOS

## Avaliação das Dimensões

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

19

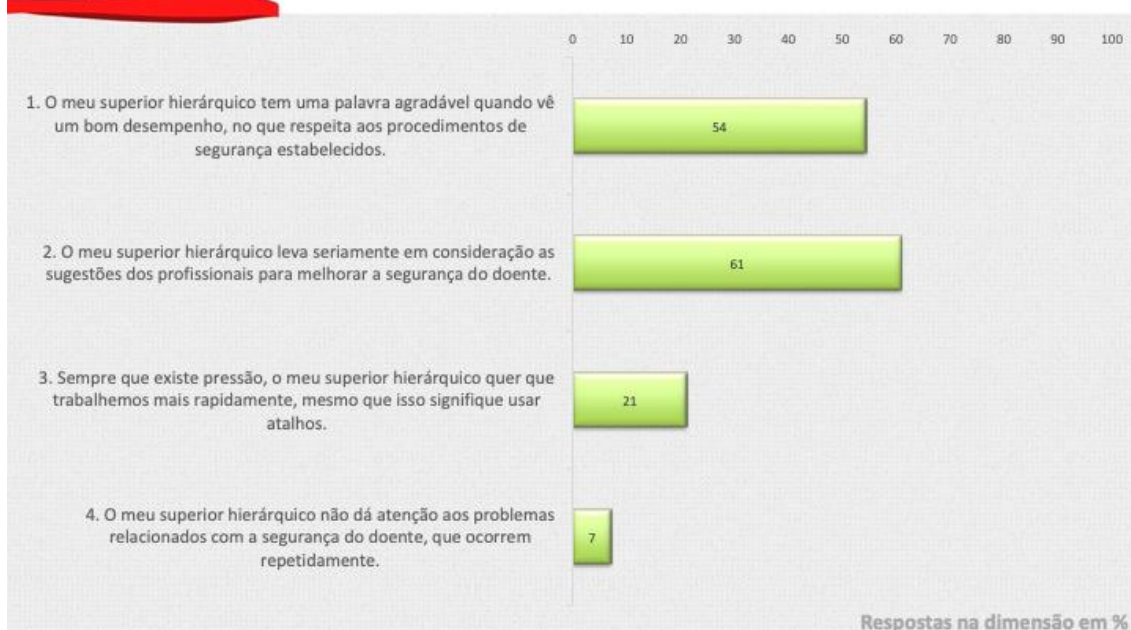
### D.1 Trabalho em equipa



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

20

## D.2 | Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

21

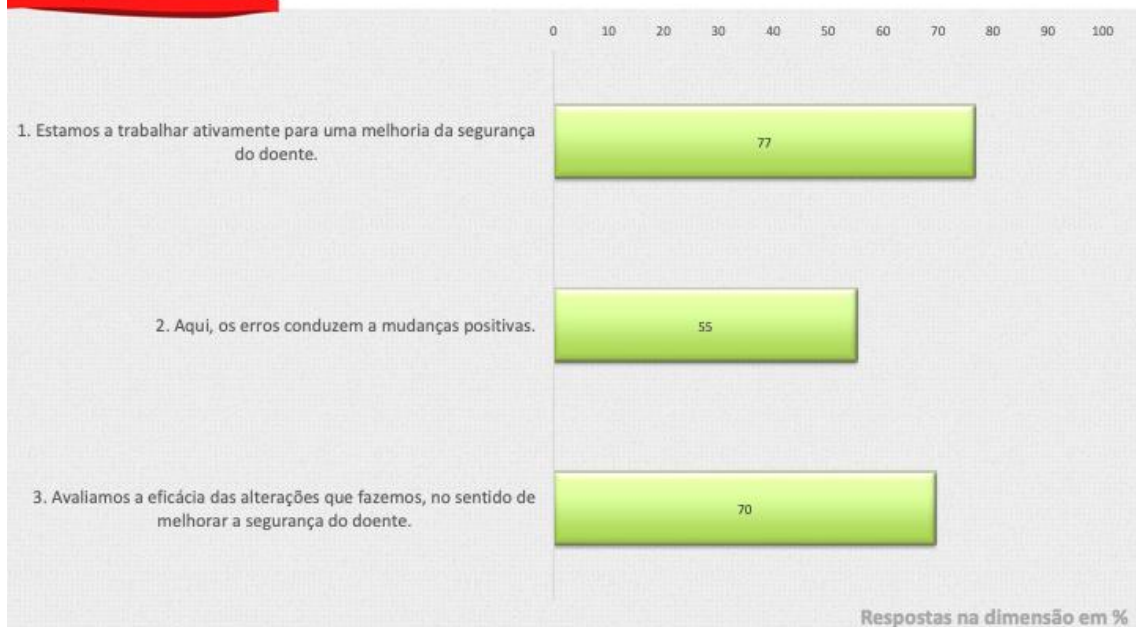
## D.3 | Apoio à segurança do doente pela gestão



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

22

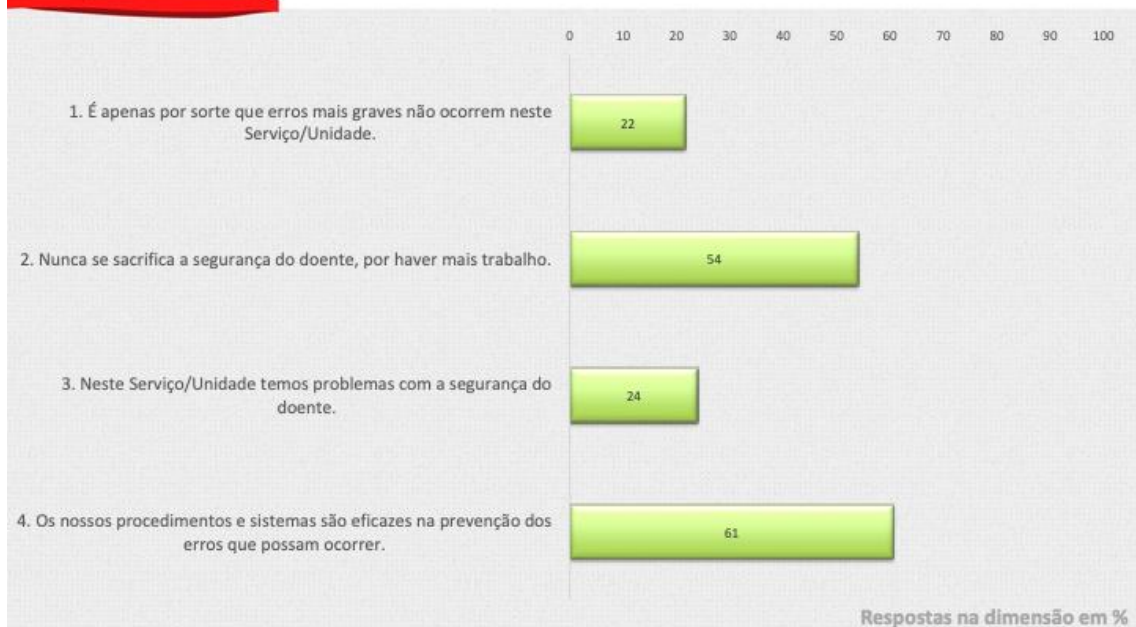
### D.4 | Aprendizagem organizacional - melhoria contínua



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

23

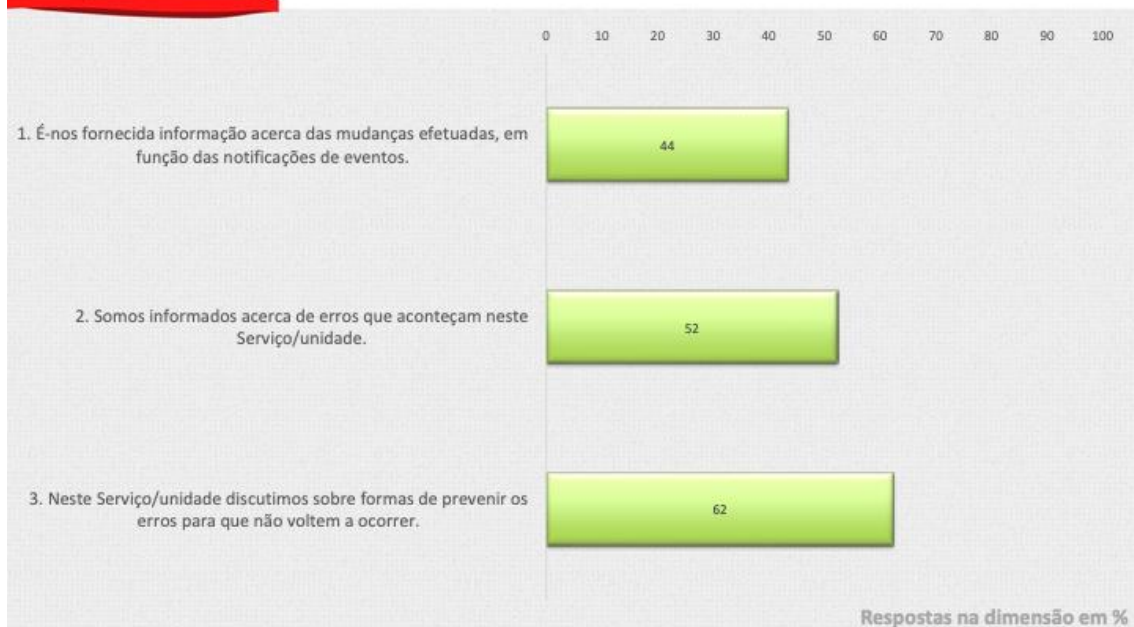
### D.5 | Perceções gerais sobre a segurança do doente



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

24

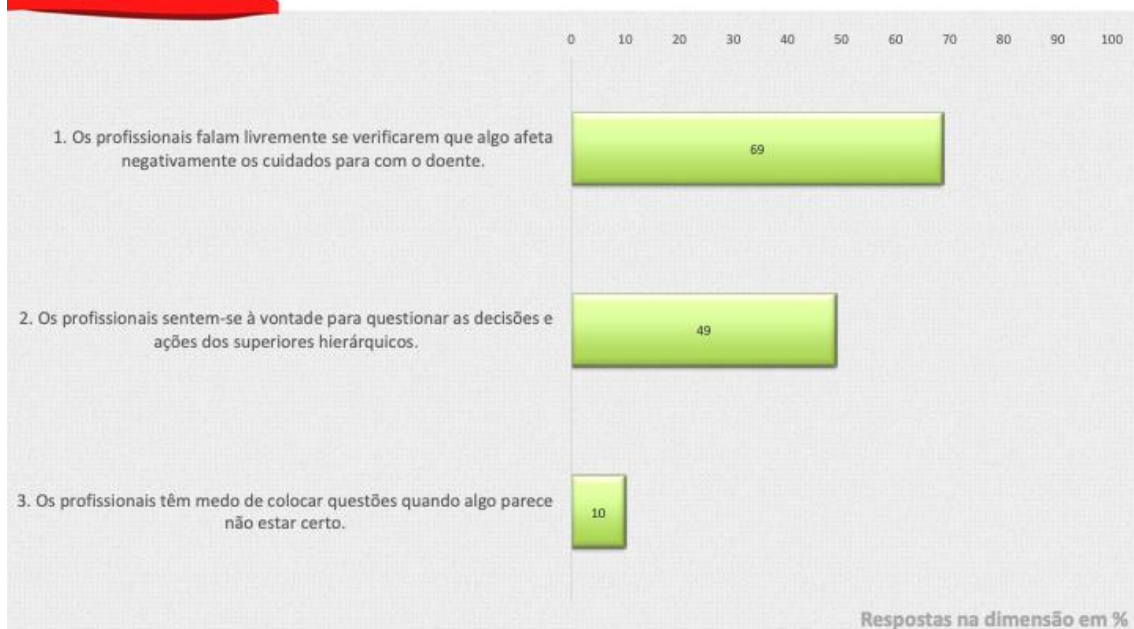
## D.6 | Comunicação e *feedback* acerca do erro



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

25

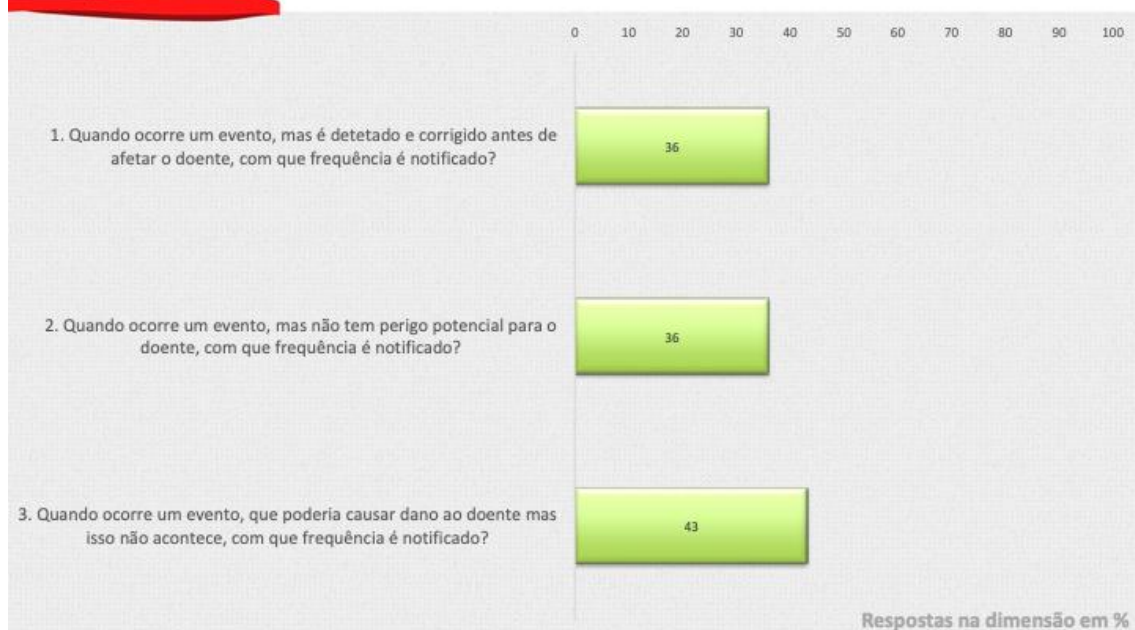
## D.7 | Abertura na comunicação



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

26

## D.8 | Frequência da notificação



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

27

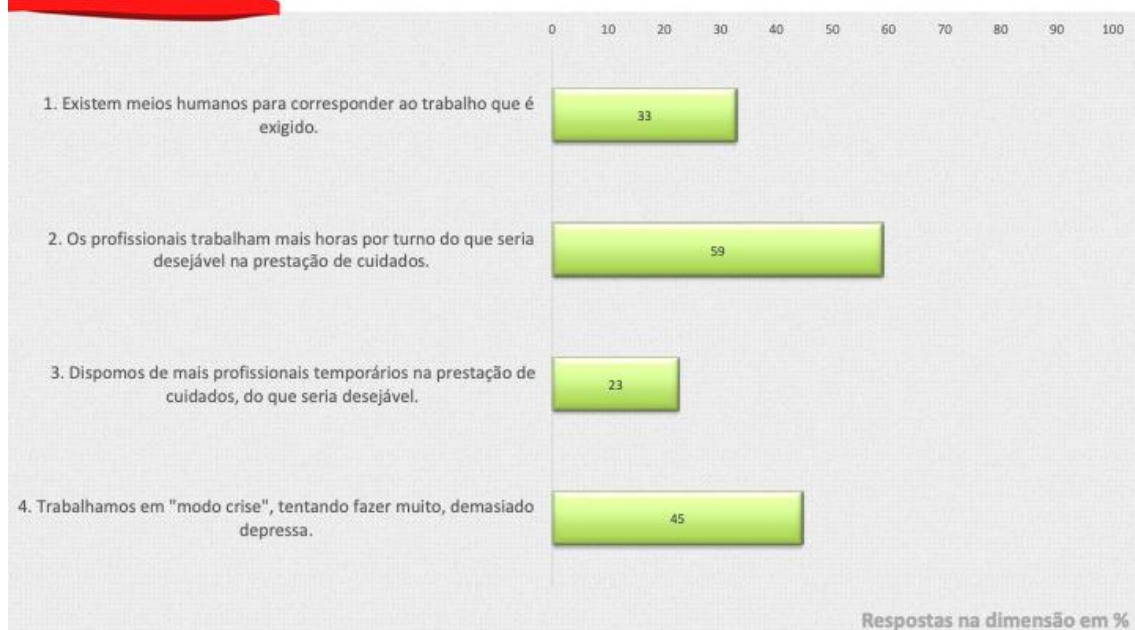
## D.9 | Trabalho entre unidades



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

28

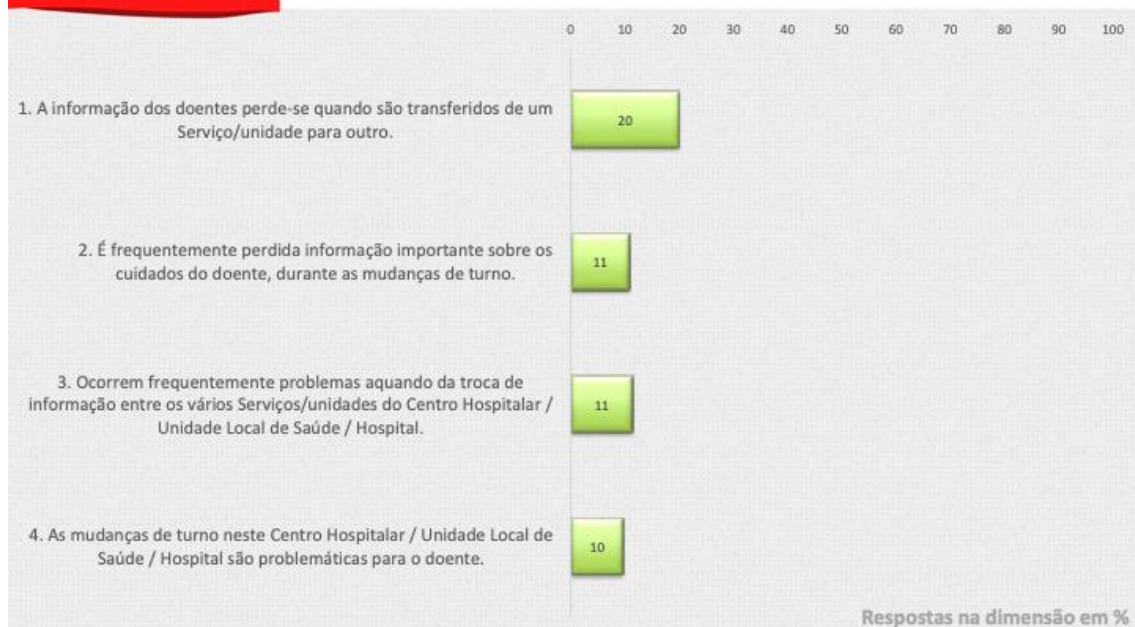
## D.10 | Dotação de Profissionais



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

29

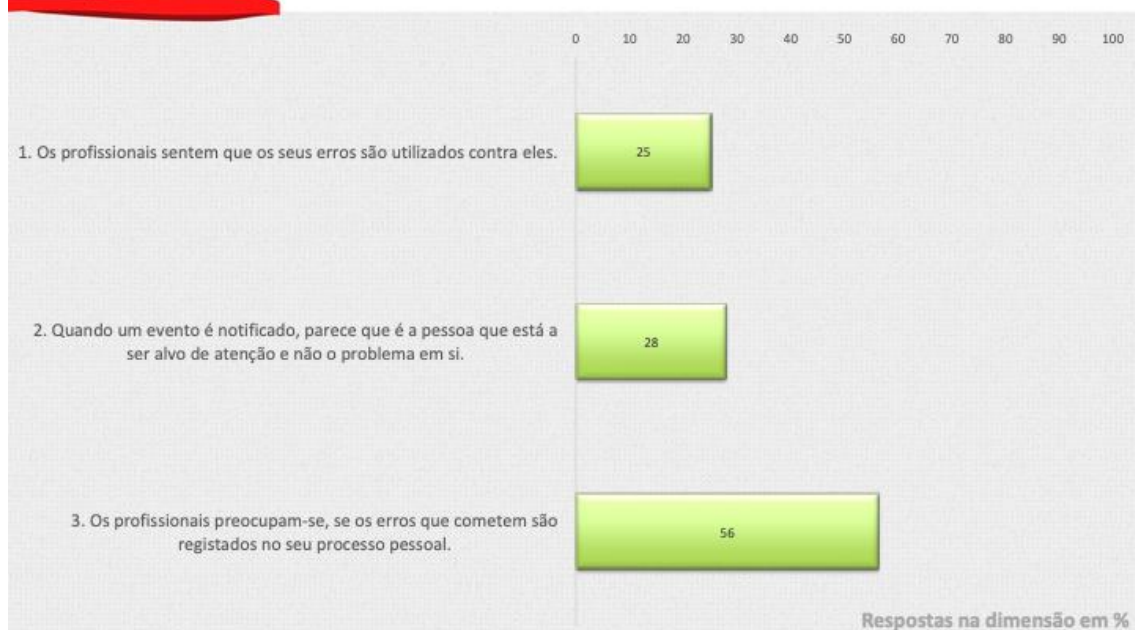
## D.11 | Transições



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

30

## D.12 | Resposta ao erro não punitiva



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

31

Dimensões	Média (%)		
	HESÉVORA 2014	HESÉVORA 2016	Nacional
1. Trabalho em equipa	71	71 (=)	71
2. Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	57	59 (=)	60
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	43	45 (↓)	52
4. Aprendizagem organizacional - melhoria contínua	62	67 (=)	65
5. Perceções gerais sobre a segurança do doente	55	54 (=)	52
6. <i>Feedback</i> e Comunicação acerca do erro	49	53 (=)	54
7. Abertura na comunicação	54	60 (↑)	53
8. Frequência da notificação	37	38 (=)	38
9. Trabalho entre unidades	43	44 (=)	48
10. Dotação de profissionais	35	30 (=)	31
11. Transições	54	52 (=)	53
12. Resposta ao erro não punitiva	23	27 (=)	28

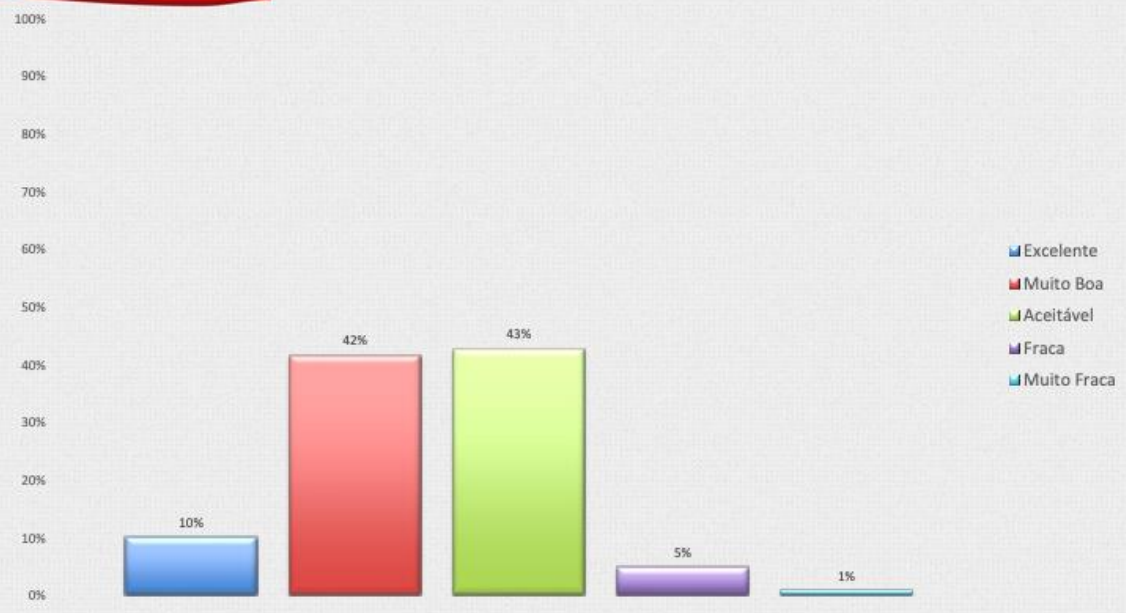
## RESULTADOS

### Apreciação da cultura de segurança

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - Évora | 2016

33

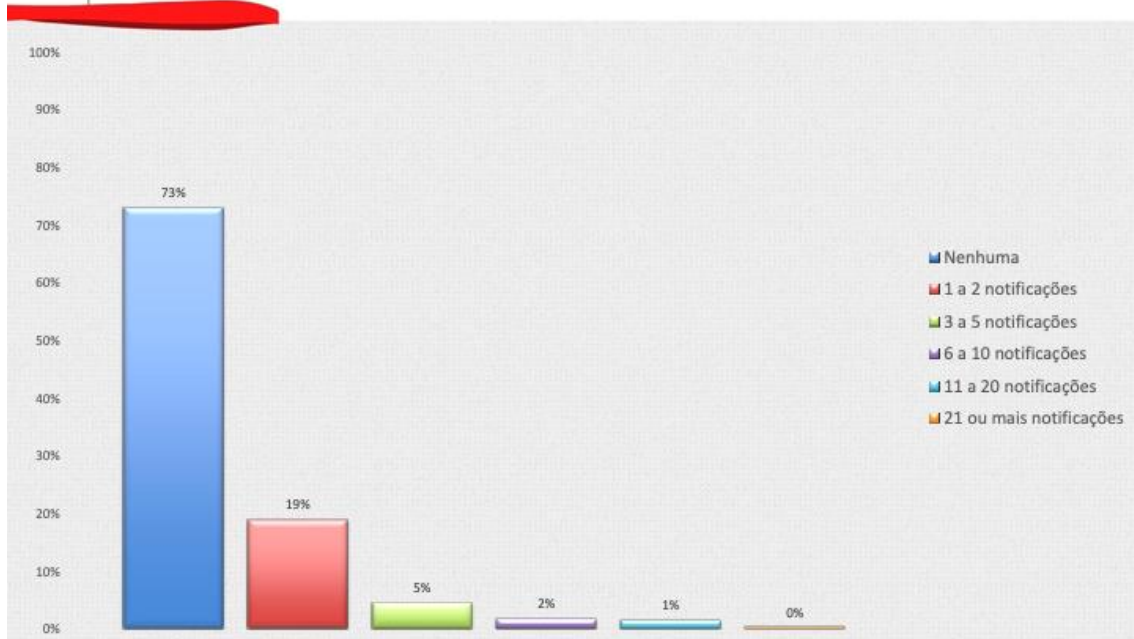
#### G | Avaliação geral sobre a segurança do doente



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - Évora | 2016

34

## E | Número de notificações



HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

35

## Principais Recomendações

HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO - ÉVORA | 2016

36

### **Dimensão 3. Apoio à segurança do doente pela gestão**

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança as seguintes ações:
  - ✓ Eleger o “Campeão da Segurança do Doente” por Unidade/Serviço (mensal);
  - ✓ Realizar visitas formais aos serviços para os dirigentes interagirem com os profissionais e pessoal da saúde sobre situações diárias relacionadas com a segurança do doente;
  - ✓ Implementar estratégias locais para colocar o doente e família no centro da prestação de cuidados;
  - ✓ Dar formação em segurança do doente a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
  - ✓ Envolver todos os profissionais na melhoria da segurança do doente;
  - ✓ Motivar a troca de experiências entre unidades/serviços da instituição;
  - ✓ Incentivar os profissionais na integração de comportamentos seguros na prática;
  - ✓ Divulgar/implementar as Orientações e/ou Normas nacionais relativas à segurança do doente.

### **Dimensão 8. Frequência da notificação**

- Criar e fomentar o *feedback* de um evento ou notificação;
- Incentivar o uso de evidências para gerar recomendações;
- Construir uma cultura não punitiva.

### **Dimensão 9. Trabalho entre unidades**

- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras;
- Criar redes e parcerias entre diferentes níveis de cuidados;
- Criar redes internas (dentro da instituição) para partilha da informação;
- Usar as Tecnologias de Informação (TI) como apoio ao trabalho desenvolvido pela equipa.

### **Dimensão 10. Dotação de Profissionais**

- Gerir a dotação de profissionais por serviço e elaborar escalas das equipas tendo em atenção os limites mínimos que contribuam para a segurança do doente;
- Apoiar o desenvolvimento de competências dos profissionais e pessoal da saúde nas áreas da comunicação e do trabalho em equipa; da liderança de equipas, da gestão/desempenho de equipas em situação de crise, entre outras.

### **Dimensão 12. Resposta ao erro não punitiva**

- Incluir no Plano de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança ações de melhoria para áreas problemáticas identificadas a nível local;
- Fomentar a notificação, tanto dos profissionais, como dos doentes, de todo o tipo de eventos e o *feedback* do tratamento dos casos notificados;
- Dar formação em SD a todos os profissionais e pessoal da instituição de saúde;
- Desenvolver competências em gestão de risco (fatores humanos e sistémicos) e promover uma cultura não punitiva;
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação e sensibilizar sobre a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação.
- Desenvolver competências/técnicas de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e familiares;
- Adotar técnicas para evitar a ocorrência de eventos adversos.

## **APÊNDICE 1**

### **PANFLETO DINAMIZADOR DA ACSD**

# AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NA ULSAC

QUESTIONÁRIO



PARTICIPAR ATÉ 09/12/2024

A CULTURA DE SEGURANÇA "É O REFLEXO DA IMPORTÂNCIA QUE OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NAS UNIDADES DE SAÚDE DÃO ÀS ATITUDES, VALORES E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A SEGURANÇA DOS DOENTES" (DGS)



## PREOCUPAÇÕES COMUNS DA SEGURANÇA DO DOENTE:

- ERROS DE MEDICAÇÃO:
- ERROS DE IDENTIFICAÇÃO:
- QUEDAS:
- FALHAS DE COMUNICAÇÃO:
- ERROS NOS PROCEDIMENTOS
- INFEÇÕES HOSPITALARES:
- CONDIÇÕES DE SEGURANÇA DEFICITÁRIAS NO LOCAL DE TRABALHO:
- DIREITOS DOS UTENTES NÃO RESPEITADOS:
- PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE.

## O PAPEL NA SEGURANÇA DO DOENTE:

- OLHAR OS ERROS COMO OPORTUNIDADES DE MELHORIA:
- ESTAR CIENTE DOS RISCOS:
- PROCURAR ESCLARECER DÚVIDAS:
- FALAR DAS PRÁTICAS/SITUAÇÕES INSEGURAS:
- NOTIFICAR:
- INCENTIVAR OS DOENTES/FAMILIA A ENVOLVEREM-SE NOS CUIDADOS DE SAÚDE:
- ENVOLVER-SE EM INICIATIVAS DE SEGURANÇA DO DOENTE.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ALENTEJO CENTRAL

<http://pt.surveymonkey.com/r/8VRNHZV>

## **APÊNDICE 2**

### **PÓSTER DE APELO À PARTICIPAÇÃO NA ACSD**

## **AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE**



### **APELO À PARTICIPAÇÃO**

**A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA  
MELHORARMOS AINDA MAIS A SEGURANÇA NO  
NOSSO AMBIENTE DE TRABALHO!**

**AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO, ESTARÁ A  
CONTRIBUIR DIRETAMENTE PARA AÇÕES QUE  
TRAZEM BENEFÍCIOS PARA TODOS!**

**AGRADECEMOS O SEU TEMPO E COMPROMISSO**

**PARTICIPE E FAÇA DO SEU HOSPITAL UM  
LUGAR COM**

**CULTURA DE SEGURANÇA!**



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
ALENTEJO CENTRAL**