

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

**A Cultura de Segurança do Doente:
O caso da Marinha Portuguesa**

Sandra Maria Toscano dos Santos

ORIENTADORES:

Doutora Margarida Eiras – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Doutor Luís Bronze Carvalho - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2019

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

**A Cultura de Segurança do Doente:
O caso da Marinha Portuguesa**

Sandra Maria Toscano dos Santos

ORIENTADORES:

Doutora Margarida Eiras – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Doutor Luís Bronze Carvalho - Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior

JÚRI:

Presidente: Doutor André Coelho - ESTeSL

Arguente: Doutora Manuela Frederico - ESEnfC

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

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

Lisboa, 2019

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

**A Cultura de Segurança do Doente:
O caso da Marinha Portuguesa**

**Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde
- 7ª Edição -**

Declaro ser a autora deste trabalho, sendo este original e inédito. Os autores consultados estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências incluída.

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado critério ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

Agradecimentos

Para a realização desta dissertação, que é fruto de trabalho árduo, devo demonstrar os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade.

Aos profissionais de saúde da Marinha, pela disponibilidade e participação no preenchimento do questionário, pois sem esses não teria sido possível a realização deste trabalho.

Aos professores que me orientaram: Professora Doutora Margarida Eiras, pela disponibilidade, orientações e sugestões ao longo desta caminhada e ao Professor Doutor Luís Bronze Santos Carvalho, que apesar da sua agenda complicada pelas responsabilidades inerentes como Diretor de Saúde da Marinha e como professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sempre se disponibilizou para me ouvir, corrigir e orientar assim como me encorajar a continuar Sempre com o seu sentido de humor, que lhe é característico.

À Professora Carina Silva, pela disponibilidade, simpatia e compreensão no momento em que mais precisei.

Agradeço a todos os meus colegas de turma pela partilha de conhecimentos, discussões e bons momentos, que tivemos ao longo desta caminhada. Em especial, ao Amadeu Martins, Liliana Mendes e Ana Pinto pela equipa fantástica que formamos, pelas conquistas que obtivemos que nunca esquecerei.

Por último, mas igualmente importante agradeço a duas pessoas muito especiais na minha vida: à minha filha, agradeço a compreensão pelas horas não passadas, pelos momentos menos bons;

Ao Bruno, agradeço pela paciência ao longo deste percurso, pela compreensão, ajuda, apoio, por ter acreditado Por tudo! Sem ele teria sido tudo muito mais difícil!

A todos muito obrigado!

Introdução: A Segurança do Doente (SD) constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde dos nossos dias, sendo um fator fundamental para a Qualidade em Saúde. Torna-se indispensável que as organizações conheçam a perceção dos profissionais de saúde sobre a Cultura de Segurança do Doente (CSD), com o objetivo de introduzir medidas decorrentes do resultado dessa avaliação, alcançando melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados.

Objetivos: Avaliar a CSD nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) nos profissionais de saúde, da Marinha Portuguesa, identificando pontos fortes e áreas de melhorias.

Método: Estudo descritivo/transversal, correlacional e quantitativo, aplicou-se um questionário online composto por duas partes: escala “Avaliação da CSD nos CSP” e “caraterização sociodemográfica/profissional”.

Resultados: Numa população de 272 profissionais, verificou-se uma adesão de 55,5% (n=151), constituída maioritariamente por enfermeiros (70%). A generalidade desempenhava funções nas unidades em terra (64%), sendo a classe etária dos 39-47 anos a mais participativa (38%). Das dez dimensões avaliadas, identificaram-se seis com oportunidades de melhoria, três prioritárias “pressão e ritmo de trabalho” (29%), “apoio pela gestão de topo” (42%), “formação e treino dos profissionais” (48%), uma considerada como ponto forte “trabalho em equipa” (81%). As áreas da “qualidade e SD” (88%), e “gestão e troca de informação” (87%) representam as áreas fortes da CSD, na organização.

Conclusões: Com uma média percentual de 57%, referentes às dez dimensões, três dessas apresentam resultados considerados críticos (inferiores a 50%). Torna-se, portanto, fundamental que a organização implemente ações de melhoria, para melhorar a CSD nos seus profissionais de saúde, e consequentemente garantir cuidados mais seguros.

Palavras Chave: Segurança do Doente, Qualidade em Saúde, Cultura Organizacional, Cultura de Segurança do Doente.

Abstract

Introduction: Patient Safety is one of the major challenges of health care today, being a fundamental factor for Quality in Health. Organizations must know the perception of health professionals about the Patient Safety Culture, intending to introduce measures resulting from the result of this evaluation, achieving better levels of safety and quality of care.

Objectives: To evaluate Patient Safety Culture in Primary Health Care in health professionals of the Portuguese Navy, identifying strengths and areas for improvement.

Method: Descriptive/cross-sectional, correlational and quantitative study, an online questionnaire consisting of two parts was applied: scale “assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care” and “sociodemographic/professional characterization”.

Results: In a population of 272 professionals, there was adherence of 55.5% (n = 151), consisting mostly of nurses (70%). Most of them performed functions in the onshore units (64%), with the 39-47 age group being the most participative (38%). Of the ten dimensions assessed, six were identified as opportunities for improvement, three priority “work pressure and pace” (29%), “top management support” (42%), “professional training” (48%), once considered as a strong point “teamwork” (81%). The areas of “Quality and Safety Patient” (88%) and “management and information exchange” (87%) represent Patient Safety Culture strong areas in the organization.

Conclusions: With a percentage average of 57%, referring to the ten dimensions, three of these present critical results (less than 50%). It is therefore essential that the organization implements improvement actions to improve Patient Safety Culture in its healthcare professionals, and consequently ensure safer care.

Keywords: Patient Safety, Health Quality, Organizational Culture, Patient Safety Culture.

Índice geral

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract.....	v
Índice geral	vii
Índice de Anexos.....	viii
Índice de tabelas	ix
Índice de figuras e gráficos	xi
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Capítulo I - Introdução	1
Capítulo II - Enquadramento Teórico.....	5
2.1 - A Segurança do Doente e a Qualidade em Saúde	5
2.2 - A Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.....	11
2.3 - Cultura de Segurança e Cultura Organizacional.....	14
2.4 – Os Cuidados de Saúde Primários na Marinha Portuguesa	18
Capítulo III – Metodologia.....	23
3.1 - Tipo de estudo	23
3.2 - Local do estudo.....	23
3.3 - População / amostra	23
3.4 - Método e instrumento de recolha de dados	25
3.5 - Análise das dimensões/itens	27
3.6 - Consistência interna do instrumento.....	29
3.7 - Definição das variáveis	30
3.8 - Considerações éticas.....	30
3.9 - Procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	31
3.10 – Estratégias para a análise dos dados.....	31
Capítulo IV - Apresentação e análise dos resultados.....	33
4.1 - Análise descritiva - caracterização da amostra	33
4.2 - Análise das respostas obtidas por dimensões da qualidade	36
4.3 – Análise das respostas da segurança do doente e qualidade.....	45
4.4 – Análise das respostas da gestão e troca de informação	50
4.5 – Análise da classificação geral da qualidade dos cuidados	50
4.6 – Análise da classificação geral da segurança do doente.....	51
4.7 - Análise estatística	52

4.7.1 – A percepção do Grau de SD difere consoante o grupo profissional (Q1)...	52
4.7.2 – Relação entre a percepção do grau de SD e a variável anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha (Q2).....	53
4.7.3 – Os profissionais que têm formação na área da SD, têm uma percepção do Grau de SD diferente, dos que não têm formação (Q3).....	55
4.7.4 – Os profissionais que interagem com os doentes/utentes têm uma percepção do Grau de SD diferente dos que não interagem (Q4).....	56
4.7.5 – A CSD nos CSP dos profissionais de saúde, na Marinha Portuguesa (Q5).	57
4.7.6 – Pontos fortes e oportunidades de melhorias na CSD nos CSP (Q6).....	58
Capítulo V - Discussão de Resultados	61
Capítulo VI – Conclusões e Prespetivas Futuras.....	69
Capitulo VII - Limitações do estudo.....	73
Capítulo VIII - Referências bibliográficas.....	75
Capítulo IX – Anexos	81
Capítulo X - Apêndices	99
Apêndice I.....	99
Apêndice II	100
Apêndice III.....	101
Apêndice IV.....	102

Índice de Anexos

Anexo I - Aprovação por parte do Conselho de Ética da ESTESL, para a realização do estudo.....	81
Anexo II - Autorização para a utilização do questionário	82
Anexo III - Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários.....	83
Anexo IV - Definição das dimensões que integram o questionário	96
Anexo V - Autorização do Superior Hierárquico, e da entidade responsável pelos estudos, da Marinha Portuguesa	97

Índice de tabelas

Tabela 2. 1 - Dimensões da qualidade do cuidado, segundo IOM.....	8
Tabela 2. 2 - Sete passos para a qualidade, segundo National Patient Safety Agency	10
Tabela 2. 3 – Identificação das unidades em terra e das unidades navais	20
Tabela 2. 4 - Dados estatísticos do Centro de Medicina Naval (jan a set 2018).....	21
Tabela 2. 5 - Unidades tipo II, constituídas por médico e enfermeiro.....	21
Tabela 3. 1 - Distribuição da população/amostra, por grupos profissionais.....	25
Tabela 3. 2 - MOSPSC - dimensões e respetivas seções e itens.....	26
Tabela 3. 3 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados ⁶⁴	28
Tabela 3. 4 - Classificação da fidelidade a partir do coeficiente de alfa de Cronbach .	29
Tabela 3. 5 - Valores de Alfa de Cronbach obtidos neste estudo	30
Tabela 4. 1 - Caracterização demográfica - população e amostra por grupo profissional.	33
Tabela 4. 2 - População e amostra agrupada por grupo profissional.....	34
Tabela 4. 3 - Caracterização demográfica - tempo de serviço militar e anos de experiência na área da saúde.....	35
Tabela 4. 4 - Descritivos do mínimo, máximo, mediana do grau de SD por grupos profissionais e teste de Kruskal-Wallis.....	53
Tabela 4. 5 - Coeficiente de correlação de Spearman entre: anos de experiência/trabalho na área da saúde na Marinha e a CGSD.....	54
Tabela 4. 6 - Distribuição de frequências absolutas e relativas dos anos de experiência /trabalho na área da saúde, na Marinha por CGSD; teste Qui-quadrado e valores residuais ajustados.....	55
Tabela 4. 7 - Descritivos de mínimo, máximo, mediana e rank médio da CGSD, face à formação na área da segurança do doente e teste de Mann-Whitney.....	56
Tabela 4. 8 - Distribuição de frequências absolutas e relativas da CGSD	58
Tabela 4. 9 - Pontos fortes, aceitáveis e problemáticos da CSD nos CSP, na Marinha e oportunidades de melhoria	59
Tabela 4. 10 - Áreas respeitantes às áreas da qualidade.....	60
Tabela 5.1 - Percentagem de respostas positivas nos diferentes estudos.....	65

Índice de figuras e gráficos

Figura 2.1 - Objetivos estratégicos do Plano Nacional SD - 2015-2020.....	9
Figura 2.2 - Dimensões de uma cultura de segurança positiva	16
Gráfico 4. 1 - Caraterização demográfica - idade e género	34
Gráfico 4. 2 - Caraterização demográfica - Formação em SD e interação direta com os doentes/utentes.....	35
Gráfico 4. 3 - Caraterização demográfica - Unidade atual e tempo de permanência na unidade atual.....	36
Gráfico 4. 4 - Caraterização demográfica - Grau de escolaridade.....	36
Gráfico 4. 5 - Distribuição das 10 dimensões da CSD e Média entre as dimensões ...	37
Gráfico 4. 6 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Trabalho em equipa”	38
Gráfico 4. 7 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas na dimensão “Seguimento do doente”	39
Gráfico 4. 8 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas na dimensão “Aprendizagem organizacional”	39
Gráfico 4. 9 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Perceções gerais acerca da qualidade e da SD”	40
Gráfico 4. 10 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Formação e treino dos profissionais”	41
Gráfico 4. 11 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Apoio pela gestão de topo”	42
Gráfico 4. 12 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Comunicação acerca do erro”	43
Gráfico 4. 13 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Abertura na comunicação”	44
Gráfico 4. 14 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Processos administrativos e uniformização de procedimentos”	44
Gráfico 4. 15 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”	45
Gráfico 4. 16 - Média de respostas positivas dos 9 itens relacionados com a Qualidade e Segurança do Doente.....	46
Gráfico 4. 17 - Percentagens de respostas positivas no acesso aos cuidados e na identificação do doente.....	47

Gráfico 4. 18 - Percentagens de respostas positivas no registo e processo clínico (A3 e A4).....	47
Gráfico 4. 19 - Percentagem de respostas positivas no equipamento médico.	48
Gráfico 4. 20 - Percentagens de respostas positivas na área do medicamento.	49
Gráfico 4. 21 - Percentagens de respostas positivas relacionadas com diagnósticos e exames complementares (A8) e seguimento do doente (A9).	49
Gráfico 4. 22 - - Percentagem de respostas positivas da área de Gestão e troca de informação.....	50
Gráfico 4. 23 - Classificações gerais da qualidade dos cuidados de saúde nos serviços/unidades de saúde, na Marinha.	51
Gráfico 4. 24 - Percentagens de respostas na classificação geral da segurança do doente nas unidades/serviços de saúde, da Marinha.	52
Gráfico 4. 25 - Distribuição de frequências absolutas e relativas da CGSD dos inquiridos por situação face à interação com os doentes/utentes.....	57
Gráfico 5.1 – percentagem de respostas positivas, por dimensão do questionário MOSPSC, nos diferentes estudos.....	64

Lista de Abreviaturas

- ACSD** – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente
- AHRQ** – Agency for Healthcare Research and Quality
- CGSD** – Classificação Geral de Segurança do Doente
- CO** – Cultura Organizacional
- CS** – Cultura de Segurança
- CSD** – Cultura de Segurança do Doente
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- EA** – Evento Adverso
- FA's** – Forças Armadas
- HFAR** – Hospital das Forças Armadas
- IOM** – Institute of Medicine
- MOSPSC** – Medical Office Survey on Patient Safety Culture
- NPSA** – National Patient Safety Agency
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PNSD** – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- SD** – Segurança do Doente
- SM** - Saúde Militar
- SSM** – Sistema de Saúde Militar
- WAPS** – World Alliance for Patient Safety

Capítulo I - Introdução

Nas últimas décadas, o interesse pela temática da Segurança do Doente (SD) foi aumentando, tornando-se uma questão crucial nas agendas de muitos países Europeus e um pouco por todo o mundo. No dia a dia dos profissionais de saúde verifica-se mudanças frequentes nas condições de trabalho, nomeadamente ao nível do desenvolvimento técnico, na rotação dos profissionais que prestam cuidados de saúde (no caso da Marinha Portuguesa, entre unidades em terra e unidades navais (navios), e na complexidade dos doentes, constituindo fatores que podem interferir no funcionamento das equipas e no desempenho profissional.

Enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, a SD assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os doentes (que pretendem sentir-se seguros) como para os profissionais de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevada eficiência e baseados na melhor evidência possível¹.

Tema abrangente que é, implica empenhamento político e organizativo dos profissionais de saúde e dos doentes, assim como de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados. É urgente implementar mudanças que promovam a SD, e tornem todas as atividades de cuidado aos doentes, seguras e redutoras do risco².

Em Portugal o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, íntegra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e é coordenado pelo departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Este plano respeita a recomendação do Conselho da União Europeia (junho de 2009) sobre a SD, e foi considerado como orientação pelo Ministério da Saúde, que visa melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os seus níveis do cuidado, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, beneficiando os doentes e os profissionais de saúde³. Ações transversais como a Cultura de Segurança (CS), a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos são também objetivos deste PNSD.

Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a CS da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados, que prestam aos doentes.

Recomendam ainda, o desenvolvimento de planos de formação que fomentem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de SD, tornando-se imperativo e constituindo-se numa prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a melhoria da CS das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Desta forma, como objetivo estratégico, consignado no PNSD 2015-2020, encontra-se: aumentar a CS do ambiente interno e consequentemente Avaliar a Cultura de Segurança do Doente (ACSD) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares³.

É de referir que, a maioria das investigações se têm concentrado no meio hospitalar, fazendo com que o conhecimento científico na área da Cultura de Segurança do Doente (CSD) nos CSP torne-se escasso, dificultando a definição de prioridades de intervenção. Existe a noção de que os CSP são providos de baixa tecnologia, logo a SD não constitui problema. Porém, autores destacam que a maioria dos cuidados de saúde são desenvolvidos fora dos ambientes hospitalares, e que muitos incidentes identificados nos hospitais têm a sua origem nos CSP⁴.

Uma pesquisa bibliográfica realizada, com o intuito de conhecer o estado da arte sobre a temática e simultaneamente compreender de que forma é que a ACSD nos CSP tem vindo a ser estudada em Portugal, nos últimos anos nas FA's Portuguesas, revelou a inexistência de estudos científicos, neste contexto. Desta forma e uma vez que a organização Marinha Portuguesa, diariamente presta cuidados de saúde essencialmente primários, nas suas unidades em terra e nas unidades navais (navios), torna-se fundamental avaliar a CSD neste âmbito. Estudo pioneiro nas Forças Armadas (FA's), tem como objetivo conhecer a CSD nos profissionais de saúde da organização Marinha Portuguesa, no âmbito dos CSP e consequentemente, obter informação útil para a implementação de medidas que promovam, na organização, uma CSD, de forma a garantir elevados níveis de qualidade na prestação de cuidados, reforçando o empenho na melhoria contínua.

Neste trabalho de investigação, primeiramente aprovado pelo Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo I), foi utilizado o instrumento de avaliação *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, traduzido e validado para o contexto português⁵. Consiste num estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional e apresenta como objetivos gerais, avaliar a CSD nos CSP dos profissionais de saúde da Marinha, identificando pontos fortes e áreas de melhoria, bem como verificar a existência de relações entre as variáveis sociodemográficas e a

classificação geral da segurança do doente (grau de SD), contribuindo assim para o conhecimento científico nesta área, particularmente, ao nível das FA's.

Como objetivos específicos, pretende-se:

- Verificar se a perceção do grau de SD, difere consoante os grupos profissionais;
- Analisar se a perceção do grau de SD, está relacionada com os anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha;
- Verificar se a perceção do grau de SD difere com o facto, de ter ou não formação, na área da SD;
- Averiguar se a perceção do grau de SD difere com o facto, de ter ou não interação direta com os doentes;
- Identificar pontos fortes e áreas de melhoria na CSD nos CSP, na Marinha.

Partindo dos objetivos enunciados, este trabalho pretende dar resposta às seguintes questões de investigação:

Q1: “A perceção do grau de SD difere, consoante os diferentes grupos profissionais?”

Q2: “Quais as relações existentes entre a perceção do grau de SD e os anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha?”

Q3: “Existem diferenças na perceção do grau de SD, entre os profissionais que têm e os que não têm, formação na área da SD?”

Q4: “Os profissionais que têm interação direta com os doentes/utentes têm uma perceção do grau de SD diferente dos que não têm interação direta?”:

Q5: “Qual a CSD nos CSP dos profissionais de saúde, na Marinha Portuguesa?”

Q6: “Quais os pontos fortes e as oportunidades de melhoria da CSD, na Marinha?”

O questionário utilizado (MOSPSC) foi aplicado, após a devida autorização da autora (Anexo II), a uma amostra probabilística aleatória estratificada constituída por 151 profissionais de saúde. Os dados recolhidos foram submetidos a um tratamento e análise estatística, sendo feita uma discussão dos resultados obtidos, seguida das respetivas conclusões.

Estruturalmente, esta dissertação é composta por seis capítulos.

No Capítulo I encontra-se a introdução ao tema, onde se pretende dar uma visão geral sobre a temática, descrevendo a problemática em estudo, a pertinência do mesmo e os objetivos gerais e específicos.

No Capítulo II encontra-se uma apresentação do estado da arte da CS onde são

abordados temas como a SD e a Qualidade em Saúde, a SD nos CSP, a CS e a Cultura Organizacional (CO) e por fim, os CSP na Marinha.

No Capítulo III refere-se à metodologia, que engloba o tipo de estudo, local de estudo, população-alvo, métodos e instrumento utilizado para a recolha de dados, consistência interna do instrumento, considerações éticas e de confidencialidade e as estratégias para realizar o tratamento estatístico e análise dos dados.

A apresentação e análise dos resultados encontra-se no Capítulo IV.

No Capítulo V a discussão dos resultados obtidos sendo que as conclusões finais e perspectivas se encontram no Capítulo VI.

as limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo.

No Capítulo VII as limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo e no Capítulo VIII constam as referências bibliográficas consultadas para a realização deste trabalho.

Por último o Capítulo IX e o Capítulo X que correspondem aos anexos e apêndices, respetivamente.

Capítulo II - Enquadramento Teórico

2.1 - A Segurança do Doente e a Qualidade em Saúde

O relatório “Errar é Humano” (*To Err Is Human*), publicado em 1999 pelo Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*) revelou que 44.000 a 98.000 americanos morriam nos hospitais, como resultado de erros preveníveis⁶, tornando o erro clínico (ocorrido em ambiente de prestação de cuidados), a 8ª causa mais comum de morte⁷, denunciando desta forma, a dimensão e gravidade do problema de segurança nos cuidados de saúde, colocando este assunto na agenda da OMS e nas políticas de saúde de diversos países. Reconhecendo a magnitude do problema a nível mundial, a OMS em 2004, fundou a Aliança Mundial para a Segurança do Doente (*World Alliance for Patient Safety - WAPS*), com o propósito de definir e identificar prioridades nesta área, contribuindo para as agendas políticas e para as linhas de investigação/pesquisa⁸, tornando-se num tema central de debate^{9,10}.

Verificou-se então, um aumento de estudos/investigações, o que levou ao incremento do corpo de evidência nesta temática, assim como, se presenciou à criação de institutos, associações e organizações em todo o mundo, por exemplo: *Agency for Healthcare Research and Quality - Patient-Safety Network (AHRQ PSNet)*, *Danish Society for Patient Safety*; *Australian Patient Safety Agency*; *World Alliance for Patient Safety (WAPS)*, entre outros, que têm como objetivo comum, melhorar a SD nos serviços de saúde e conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados em geral^{9,11}. Com o aumento das publicações nesta área, e para que a compreensão dessas não ficasse comprometida devido ao uso inconsistente da linguagem, a OMS criou através da WAPS, uma classificação sobre a SD, surgindo o *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report*¹². Neste relatório, encontram-se definidos conceitos chave e terminologia própria, que facilita a compreensão da informação, permitindo a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação, ou seja, todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde devem adotar a taxonomia definida neste relatório. A tradução para Portugal foi realizada pela Direção-Geral de Saúde (DGS) em 2011^{11,13}.

A importância desta temática é de tal forma relevante, que nos relatórios publicados pelo Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido (*Building a Safer NHS for Patients*¹⁴, *An Organization With a Memory*¹⁵, ou *Seven Steps to Patient Safety*¹⁶, entre outros) tornou-

se evidente a preocupação com os erros clínicos e com os Eventos Adversos (EA), promovendo planos e estratégias para melhorar a SD. Na última década, foram analisados vários estudos internacionais os quais permitem afirmar que, em cada cem doentes internados, dez são vítimas de um EA dos quais 45% são classificadas como evitáveis¹⁷. Perante esta conclusão, a SD passou a ser considerada crucial para a Qualidade na Saúde, consistindo num dos principais critérios monitorizados pelas organizações de saúde, em todo o mundo.

Para a OMS, a definição de SD é a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, sendo esta definição também adotada pela DGS^{12,13}, em Portugal. Importa referir que por “mínimo aceitável”, entende-se “o resultado decorrente da combinação entre o conhecimento atual, os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo¹²”. Ao falarmos em SD, impõe-se a definição de alguns conceitos, conforme descritos na Classificação Internacional da Segurança do Doente, nomeadamente¹³:

- ▶ Incidente de SD: “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário ao doente”;
- ▶ Ocorrência comunicável: “situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente”;
- ▶ Quase evento: “incidente que não alcançou o doente”;
- ▶ Evento sem danos: “incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis”;
- ▶ Erro: “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”;
- ▶ EA ou incidente com danos: “incidente que resulta em danos para o doente”.

Segundo IOM¹⁸, estudar esta área tornou-se inevitável, uma vez que pode fornecer feedback aos sistemas de saúde, com a possibilidade destes implementarem medidas de melhoria, com base na identificação de problemas, reduzindo lacunas de conhecimento e sensibilizando os profissionais para a importância da SD em todos os níveis, levando à redução dos riscos e danos relacionados com os cuidados, promovendo assim, um ambiente mais seguro⁴. Esta temática, apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem, devido essencialmente à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial das situações que se encontram por detrás das falhas de segurança e, à sensibilidade do tema^{10,19}.

Enquanto componente da Qualidade dos Cuidados de Saúde, a SD tem assumido especial preponderância para investigadores, gestores, profissionais e doentes que desejam uma prestação de cuidados com elevado nível de eficácia e eficiência²⁰. A literatura aponta para a necessidade da realização de estudos, que avaliem os erros que acontecem em ambiente de prestação de cuidados, estudos que procurem compreender as causas das ocorrências de EA, através da análise das situações que contribuíram para a sua ocorrência, e estudos que desenvolvam esta temática reconhecida internacionalmente como dimensão extremamente importante e fundamental da Qualidade em Saúde^{8,9,18}.

O primeiro passo para a melhoria da Qualidade, verificou-se com a avaliação dos serviços de saúde, através de Avedis Donabedian, na década de 60. Para este, o critério de qualidade era apenas juízos de valor e, a definição de Qualidade em Saúde, refletia os valores e objetivos correntes de um determinado sistema de saúde e de toda a sociedade do qual faz parte²¹. Na década de 80, Donabedian definiu como pilares para a avaliação da qualidade em saúde, três elementos: Estrutura (referindo-se aos recursos humanos, materiais e financeiros característicos do ambiente que envolve o local onde o serviço é prestado), o Processo (referente às ações realizadas para a prestação de cuidados de saúde), e Resultados (efeito da prestação; produto final)^{22,23}, tendo sido fundamental para entender que a Qualidade, dependia da relação entre muitos elementos, e que o processo e o resultado, poderiam ser avaliados isoladamente²⁴. Contudo, é referido, que a estrutura e o processo, podem ser condicionados ou influenciados pelos profissionais de saúde e pela própria gestão da organização, sendo os resultados o referencial, a partir do qual, a adequação da estrutura e do processo podem ser avaliados, tendo em consideração as características do doente⁹.

O conceito de Qualidade em Saúde para a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, é definido “como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados, e reduzem a possibilidade de obtenção resultados indesejados”²⁵. Definição muito semelhante à do IOM, que considera que a Qualidade em Saúde é “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados e são considerados consistentes com o conhecimento profissional atual”^{13,26}. Para o grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.²⁷, a ideia mais global de qualidade “envolve a adequação de um serviço por um prestador, às necessidades de quem o

recebe, e que no caso da saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efetividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e respeito”.

O conceito de Qualidade tem vindo a modificar-se ao longo do tempo²³ no entanto, os aspetos mais importantes, onde se inclui a segurança, são bem apreendidos pelas seis dimensões (tabela 2.1), que provêm do relatório *Crossing the Quality Chasm: A New HealthSystem for the 21st Century* do IOM em 2001²⁸. Pela primeira vez, a SD surge como uma dimensão do conceito de Qualidade em Saúde. Estas dimensões contribuíram fortemente, para a base de construção de indicadores da qualidade, adquirindo vasta adesão internacional^{23,24}.

Tabela 2.1 - Dimensões da qualidade do cuidado, segundo IOM²⁸.

Atributo/Dimensão	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos doentes decorrentes da prestação de cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Prestar cuidados baseados em conhecimento científico, a todos que deles possam beneficiar.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Centralidade no doente	Prestar cuidados tendo em conta as preferências, necessidades e valores individuais dos doentes quer nos cuidados quer nas decisões clínicas.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia decorrente de características pessoais (sexo, género, etnia, status económico, localização geográfica ou outros).

Em Portugal, este assunto tornou-se também numa prioridade, verificando-se algumas iniciativas, com vista ao reconhecimento e resolução deste grave problema de saúde pública, nomeadamente através da publicação por Despacho Ministerial nº 14223/2009 de 24 de junho e nº 5613/2015 de 27 de maio, da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) (documento orientador da implementação das políticas da qualidade no sistema de saúde), e em 2015, do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, através do Despacho Ministerial nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. O PNSD 2015-2020, apresenta como objetivo reforçar a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes e dos profissionais. Expõe nove objetivos estratégicos, conforme figura 2.1 (página seguinte) sendo que, o primeiro, corresponde ao aumento da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde, o qual consiste num dever e numa prioridade consignada na ENQS⁽³⁾, e tem em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resumem à garantia da sua segurança.



Figura 2.1 - Objetivos estratégicos do Plano Nacional SD - 2015-2020³

Por tudo já referenciado, podemos mencionar que a SD ou a ausência dela, é atualmente um indicador da Qualidade. O reconhecimento deste princípio e concomitantemente, a percepção de que a ausência de segurança clínica, constitui um sério problema de saúde pública, tem levado os países a variadas iniciativas e estratégias centradas na SD¹⁹. Também o Comité Europeu de Segurança do Doente em 2014, considerou a SD como sendo uma dimensão da Qualidade em Saúde, em todos os níveis de cuidados, desde a promoção até ao tratamento da doença²⁹. Todavia, nenhum sistema de saúde consegue garantir por completo a ausência de EA's, mas podem desejar a excelência e qualidade dos seus serviços, fomentando ações adequadas para diminuir ao máximo esses eventos, constituindo assim, um desafio incontornável que se coloca à gestão da qualidade das organizações de saúde¹⁹. O reconhecimento de que o erro humano é inevitável, numa área tão complexa e técnica como a saúde, consiste no primeiro passo para a promoção de maior consciência da importância do erro²⁴. A NPSA em 2006, tendo em consideração a importância do tema e considerando essencial o envolvimento de todos os intervenientes da saúde, desenvolveu um documento intitulado *Seven Steps to Patient Safety - Guide for NHS Staff*⁶, onde se encontram definidos os sete passos essenciais, tabela 2.2 (página seguinte), que as organizações devem adotar, para melhorar a SD e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados de saúde. Este documento, constituiu uma referência para o planeamento e acompanhamento das atividades ligadas à SD, em vários países, inclusive Portugal.

Tabela 2.2 - Sete passos para a qualidade, segundo National Patient Safety Agency¹⁶

Sete passos (seven steps)		Definição
Step 1	Construir uma cultura de segurança	Criar um ambiente aberto e não punitivo em que seja seguro denunciar.
Step 2	Liderar e apoiar a equipa	Estabelecer um foco claro e forte na segurança do doente em toda a sua organização.
Step 3	Gerir o risco de forma integrada	Desenvolver sistemas e processos para gerenciar os riscos e identificar e avaliar situações que podem dar errado.
Step 4	Promover a notificação	Garantir que a equipe possa relatar facilmente incidentes local e nacionalmente.
Step 5	Envolver e comunicar com os doentes e público	Desenvolver formas de comunicar abertamente e ouvir os doentes.
Step 6	Aprender e partilhar lições de segurança	Incentivar os profissionais a usar a análise de causa para aprender como e por que os incidentes acontecem.
Step 7	Implementar soluções para a prevenção de danos	Integrar lições através de mudanças na prática, processos ou sistemas.

Implementar e seguir estes sete passos exige, a interiorização de uma Cultura de Segurança (CS), liderança forte e espírito de coesão entre os profissionais de saúde, assim como, um elevado nível de compromisso entre os diferentes profissionais e serviços, que formam uma rede de cuidados de saúde ¹⁶, sendo a avaliação um elemento chave, as quais devem ser interpretadas como oportunidades de melhoria, e não considerada consequência do erro²³. Desta forma, é possível referir que a qualidade dos cuidados é um processo que deve ser avaliado, continuamente acompanhado e regularmente melhorado. Seguir estes passos, fica assegurado que os cuidados prestados são tão seguros quanto o possível e que, em situações onde algo possa correr mal, as ações corretivas são tomadas num curto espaço de tempo, e com base na melhor evidência ou conhecimento disponível¹⁶.

De facto, a qualidade dos cuidados mobiliza cada vez mais a sociedade e os profissionais para investigarem, planearem e avaliarem, de forma a se atingirem os mais elevados padrões. Dado ao exposto, a qualidade encontra-se realmente ligada à segurança, e na verdade não existirá qualidade sem segurança, sendo que esta, é tomada como um elemento indissociável da qualidade³⁰, numa relação de maior segurança promove maior qualidade.

Por outro lado, também o investimento em pesquisas nesta área é necessário e de extrema importância, uma vez que através da criação de prioridades, bem como, a definição de estratégias, promovem bons resultados a nível de qualidade. Assim, é possível desenvolver novas políticas para a implementação de melhores práticas de cuidados e, conseqüentemente, melhorar a prestação dos cuidados de saúde²⁰.

Tendo em conta o referido, a SD é sem dúvida, uma problemática que requer a maior atenção, sendo urgente a implementação de mudanças, que tornem as atividades do cuidado seguras e redutoras do risco². A implementação de práticas seguras poderá passar pela promoção e desenvolvimento nas organizações de uma CS, de modo a melhorar a eficácia dos cuidados, e conseqüentemente, a segurança e a qualidade dos mesmos³¹. Posto isto, “melhorar continuamente a Qualidade na Saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas”³².

2.2 - A Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Os cuidados de saúde podem causar sérios danos evitáveis aos doentes, e nos CSP não é diferente. Para uma melhor compreensão da SD e para o desenvolvimento de programas dirigidos aos CSP, considera-se fundamental, a promoção de mais investigação³³, com o intuito de um maior entendimento da dimensão deste problema, suas causas e implicações dos EA (com o objetivo de definir prioridades), bem como no desenvolvimento, aplicação e avaliação de soluções¹.

Alguns autores^{29,39} referem que a maioria dos cuidados de saúde, são efetuados fora do contexto hospitalar e muitos dos incidentes, identificados nos hospitais têm a sua origem nos CSP. No entanto, as investigações têm sido centradas essencialmente no âmbito hospitalar²⁹, uma vez que os procedimentos que são efetuados nestas organizações, constituem maior risco, existem em maior volume, diversidade e especificidade dos cuidados prestados, há maior gravidade das situações², têm sistemas de informação que permitem a recolha e sistematização da informação e existe maior complexidade organizacional¹. É indiscutível que a SD nos CSP, tem recebido menos atenção, pois existe a perceção desajustada de que os CSP por terem baixa tecnologia, não constitui um problema^{11,33}, o que leva a um menor investimento em pesquisa. Esta situação, torna o conhecimento científico nesta área, escasso, sendo este, precioso, para a definição de prioridades de intervenção^{11,29}, o que torna a SD nos CSP num campo emergente de pesquisa, com uma crescente base de evidência nos países ocidentais³⁵.

Importa então definir CSP. Esta definição encontra-se explanada na declaração de

Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países³⁶, que defendia a seguinte definição: “[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde[...]”³⁷.

A partir de 2000, a temática da SD entrou nas agendas internacionais. No que concerne aos CSP em 2005, realizou-se um estudo em Portugal, pela Rede Médicos Sentinelas, que verificou a notificação voluntária de EA ocorridos nos centros de saúde. Este estudo pretendia identificar o tipo e características de EA mais comuns, determinar a taxa de incidência e desenvolver instrumentos de prevenção e redução de EA, neste contexto^{2,11}. O resultado demonstrou que apenas 28% dos médicos participantes, notificou ao longo de um ano, um ou mais EA, perfazendo um total de 208 notificações, revelando que mesmo em médicos motivados, os EA não se encontram enraizados como sendo ocorrências de alerta, para a melhoria da prática clínica e conseqüentemente, a redução dos riscos para os doentes^{2,11}.

Em 2009, verificou-se uma importante iniciativa internacional, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a SD no contexto dos CSP - O projeto europeu *Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primary Care* (LINNEAUS Euro - PC), coordenado pela *European Society for Quality in Healthcare*, com a colaboração de vários países europeus (Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Espanha, Grécia, Áustria, Polónia e Escócia), tendo como principal objeto a criação de uma rede de profissionais e investigadores, peritos em SD, dentro da União Europeia¹¹. Este grupo de trabalho, tinha como finalidade, desenvolver uma taxonomia de incidentes nos CSP comum aos diferentes países da Europa; implementar um sistema de relatos de EA; promover a investigação com base em metodologias que permitissem comparar resultados; identificar métodos que permitissem envolver os doentes nas iniciativas de segurança e identificar e divulgar boas praticas relacionadas

com a aprendizagem dos erros¹¹.

Em 2004, surgiram as primeiras ferramentas de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (ACSD), delineadas para os cuidados de saúde, sob a forma de questionários. A partir da aplicação do *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos da América, sendo uma expansão do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), foi traduzido e adaptado ao contexto português⁵ para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”. Neste questionário, os profissionais avaliam a CSD da sua unidade em dez dimensões e ainda em cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde (centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade) bem como os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes.

Em 2015, este instrumento de avaliação foi aplicado pela DGS e pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), em 54 unidades de saúde, em Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores, com base na norma n.º 003/2015, de 11 de março³⁸. Teve como objetivo avaliar a CSD nos CSP e, contribuir desta forma para o diagnóstico da CS institucional, avaliar o impacto de intervenções e programas na SD, monitorizar as mudanças realizadas ao longo do tempo e, identificar indicadores que ajudem a implementar novos projetos. A baixa adesão Nacional pode sugerir um fraco envolvimento dos profissionais e das instituições, face a esta temática, e as três dimensões com maior oportunidade de melhoria foram as referentes à pressão e ritmo de trabalho, ao apoio pela gestão de topo e à formação e treino dos profissionais³⁸.

Apesar da literatura concluir que existe um longo caminho a percorrer, quer na produção de mais evidências quer na utilização de abordagens metodológicas – padrões, métodos e técnicas - que permitam caracterizar com maior rigor e consistência esta problemática, no contexto dos CSP³³, bem como determinar a robustez e validade dos resultados³⁹, também é evidente que, as questões relacionadas com a SD nos CSP, à semelhança do que acontece em contexto hospitalar, constitui um problema e como tal, carece de uma adequada intervenção¹¹.

Embora a SD atualmente esteja amplamente integrada nas políticas de saúde públicas,

a criação de uma CSD no contexto da prestação de cuidados de saúde é uma tarefa difícil. No nosso país, nos serviços de saúde existe uma fraca CSD, em particular nos CSP¹¹, uma vez que, até há pouco tempo, não era sequer incluída nas prioridades estratégicas, tornando-se pertinente avaliá-la, sobretudo porque 45% a 76% dos EA poderiam ser evitáveis³⁹. Posto isto, esta temática nos CSP é, portanto, um campo emergente de pesquisa, sendo o primeiro passo e o mais importante, a ACSD. Esta avaliação, fornecerá uma compreensão das perceções dos profissionais de saúde, relacionadas com a SD nos CSP³⁵, devendo ser realizada de forma regular, como meio para determinar a eficácia da SD nas instituições de saúde.

Considerada fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde, a SD continua a ser um desafio de desenvolvimento, nos CSP em muitos países. A sua avaliação pode ser analisada em diferentes níveis do sistema de saúde, através da identificação de pontos fortes e fracos que configuram a forma como os profissionais de saúde pensam, se comportam e abordam o seu trabalho. As evoluções contínuas nos cuidados de saúde, aumentam a importância de estabelecer e manter uma CSD¹⁸, portanto, pesquisas nesta temática tornam-se necessárias, como um meio para aumentar a consciencialização sobre o seu papel na promoção de um ambiente mais seguro.

2.3 - Cultura de Segurança e Cultura Organizacional

Em Portugal, como já mencionado anteriormente, a CS íntegra um dos Objetivos Estratégicos do PNSD 2015-2020³, o qual se encontra na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde⁴⁰. O Termo CS foi utilizado inicialmente pela *International Atomic Energy Agency*, quando publicou o *Safety Culture: a Report by Internacional Nuclear Safety Advisory Group (INSAG-4)*⁴¹, após o acidente nuclear de Chernobyl, em 1986⁴². Desde então, o conceito tem sido adotado pelos vários setores industriais de elevado risco, com o objetivo de melhorar a segurança⁴³, tendo sido divulgado pelo sector da saúde, valorizando a importância de fatores humanos e organizacionais⁴⁴, isto é, se a CS pode influenciar o comportamento dos indivíduos, o conceito deve ser usado para descrever fenómenos organizacionais e não simplesmente o comportamento dos indivíduos em relação à segurança⁴⁴

O conceito de CS mais utilizado, é o definido pela OMS em 2009, publicado em Portugal pela DGS em 2011, cuja definição é “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento, que determinam o

compromisso com a gestão da saúde e a segurança de uma organização e, seu estilo e competência”^{12,13}. Neste documento, a OMS alerta para o papel da liderança (em relação à CS, à gestão e à comunicação), do trabalho em equipa (em relação à estrutura, à dinâmica e à supervisão), do trabalho individual (quanto à tomada de decisão, ao stress à fadiga) e do ambiente de trabalho, sendo que todos estes fatores convergem para uma segurança mais eficaz. A mesma definição foi adotada e utilizada pela AHRQ⁴⁵, embora esta organização considere, que podem existir grandes variações na percepção dos indivíduos. A percepção da CS pode ser alta numa unidade/serviço e baixa noutra, ou alta ao nível da gestão e baixa entre os prestadores de cuidados ^{43,46}, o que contribuirá para melhorar CS de toda a organização, constituindo um elemento essencial para prevenir/reduzir erros, e melhorar a qualidade geral dos cuidados de saúde.

Devido à complexidade organizacional e ao carácter multifatorial das situações que se encontram na base dos erros clínicos, as dimensões recorrentes no conceito de CS são os fatores relacionados com as prioridades da gestão e supervisão, a comunicação e aprendizagem, a cooperação e trabalho de equipa, os recursos humanos, o relato e notificação dos EA e a satisfação profissional ou a percepção do risco¹¹. Assim, uma CS é essencialmente uma cultura, onde todos estão conscientes do seu papel, e da sua contribuição para a organização, sendo responsáveis pelas consequências das suas ações¹¹. Uma organização é determinada por valores individuais e de grupo, atitudes, percepções e competências/capacidades, bem como pelo comportamento de gestão de saúde e segurança^{7,47}.

Como as organizações são constituídas por pessoas, logo a CS partilhada pelos profissionais deve ser valorizada, sendo considerada um elemento essencial para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados^{31,48}. Para transformar essa cultura, é importante primeiro compreendê-la e confrontá-la, utilizando as ferramentas de avaliação existentes. É inegável que numa organização de saúde a CS é um fenómeno complexo, de carácter multidimensional⁴⁸, onde trabalham vários grupos profissionais, com diferentes funções, qualificações, tarefas e experiências, e através da interação entre eles, e deles com os doentes, desenvolvem-se conjuntos de ideias/convicções idênticas no seio das equipas, unidades e organizações que irá influenciar a SD⁴⁷. Contudo, a Cultura Organizacional (CO) por sua vez, influencia a SD, uma vez que fornece o contexto no qual os cuidados são prestados⁴⁹.

Segundo um estudo⁴³realizado em 2011, da mesma forma que a definição de CS como conceito não é consensual, no que respeita às dimensões que abrangem uma CS positiva, não é diferente. Neste estudo, as dimensões mais citadas foram as representadas na figura 2.2.



Figura 2.2 - Dimensões de uma cultura de segurança positiva⁴³

A partir do reconhecimento de que o cuidado de saúde é produto de um sistema complexo e que pode resultar em danos indesejáveis para os doentes, é importante implementar mudanças, para promover uma CS positiva⁵⁰, pois essa garante uma melhor comunicação interprofissional. As organizações com uma CS positiva, são caracterizadas por comunicações baseadas na confiança, por percepções compartilhadas da importância da segurança, e pela confiança na eficácia de medidas preventivas^{47,49}.

O primeiro passo para as organizações de saúde melhorarem a sua CO, é definir claramente o conceito. Atualmente a CO, pode ser entendida como o conjunto de pressupostos básicos que os grupos geram, descobrem ou desenvolvem, a partir da experiência, para enfrentar os seus problemas¹⁹. Este, é um conceito complexo de valores, padrões morais e normas de comportamento aceitável, portanto, deve ser inerente aos pensamentos e ações de todos os indivíduos, em todos os níveis de uma organização⁴². Ainda segundo o mesmo autor, a CS não existe isoladamente e é influenciada pela CO vigente, sendo importante que esta apoie a segurança e, especificamente, que ela desperte os comportamentos, atitudes e valores adequados por parte dos profissionais⁴².

Para um sistema de saúde mais seguro é essencial investir nas pessoas, mas simultaneamente nos processos de trabalho, e nas organizações. Neste contexto,

salienta-se a importância da capacitação das pessoas no extremo da ação (médicos e enfermeiros), em conjunto com a implementação de práticas seguras (nos processos de trabalho), promoção de uma CS organizacional (centrada em equipas), envolvimento dos doentes, utilização de transparência em todo o processo e controlo de indicadores de segurança (reportes dos hospitais dos eventos sentinela, monitorização da performance, recorrendo a processos de certificação)³⁰.

Como já referido anteriormente, a OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos estado-membros, a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a CS da instituição onde trabalham, como condição essencial, para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e assim alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados³. Promover uma ACSD numa organização, é a primeira fase para o desenvolvimento e estabelecimento de uma CS⁵¹, uma vez que fornece o entendimento das perceções e atitudes relacionadas à SD, dos seus profissionais. Estas medidas podem ser usadas como ferramentas de diagnóstico, para identificar áreas de melhoria consideradas problemáticas⁴⁷.

Segundo o IOM, se existir uma CS em que os EA possam ser relatados, sem que isso implique a responsabilização das pessoas, cria-se a oportunidade para que estas aprendam com os seus erros, sendo possível fazer melhorias e promover a SD⁵¹. Ainda de acordo com o mesmo instituto, o maior desafio para se alcançar um sistema de saúde mais seguro, é mudar a cultura de culpar os indivíduos, para uma, em que os erros são tratados não como falhas pessoais, mas como oportunidades para melhorar o sistema e evitar danos^{20,47}. Os erros existem, quer sejam relacionados com os profissionais de saúde (em qualquer fase do processo de prestação de cuidados), quer sejam relacionados com o próprio sistema, tornando-se, portanto, urgente a ACSD nos CSP¹¹. Também por isto, esta temática é considerada muito sensível, uma vez que tem subjacente a ideia de identificar erros para punir culpados, tornando a colaboração dos profissionais de saúde pouco efetiva.

A avaliação da CS das organizações de saúde, é o início de um processo que se pretende que seja de melhoria contínua e que permita, a todas as organizações de saúde, fazer face aos constantes desafios na prestação de cuidados, planeando ações que promovam mudanças na redução dos EA e consequentemente, garantir cuidados de saúde seguros⁸. Os profissionais têm dificuldade em alterar os seus hábitos e persiste a tendência de imputar a alguém a responsabilidade do erro, o grande desafio

está em atuar em equipa e pensar em sistemas⁵², com a consciência, que uma mudança de cultura, nunca será um processo simples nem rápido, mas deve ser iniciado e, fundamentalmente, bem liderado³⁰.

Considerando que a CS e a CO se encontram de alguma forma interligadas, entende-se que a CS é uma variável que pode ser isolada, analisada e alvo de mudança. Investir neste aspeto nas organizações de saúde é, sem dúvida, uma estratégia para melhorar a qualidade⁴⁴. Para melhorar a SD as organizações devem identificar os sistemas obsoletos e modernizá-los⁵², sendo que isso deve ser considerado uma prioridade estratégica, promovendo uma postura proativa, com características de uma CS forte: compromisso da liderança com a discussão e aprendizagem com os erros, documentação e melhoria da SD, motivação e prática do trabalho em equipa, uso de sistemas para a notificação, análise de eventos adversos e valorização dos profissionais que melhoram a segurança^{44,52}.

2.4 – Os Cuidados de Saúde Primários na Marinha Portuguesa

A Marinha Portuguesa, é uma organização centenária com uma história reconhecida e rica, onde se pode encontrar o passado em símbolos, frases, cerimónias, rituais, uniformes, comportamentos, e se funde com a história do país, sendo e fazendo parte dessa. Como organização à escala nacional que é, reúne pessoas das demais regiões do país, de diferentes níveis académicos e proveniências sociais, com objetivos distintos.

A Saúde Militar (SM) é o serviço que garante as boas condições sanitárias do pessoal das Forças Armadas (FA's), tanto em tempo de paz como em combate. Cada ramo das FA's tem necessidades e especificidades próprias, em termos de conhecimentos e formação que devem ser garantidos, seja qual for o modelo organizacional que seja implementado. O atual Sistema de Saúde Militar (SSM), integra os Serviços de Saúde dos ramos, dependentes hierárquica, funcional e administrativamente das chefias do respetivo ramo, sendo nestes a nossa abordagem. Em cada ramo, o Serviço de Saúde planeia, organiza, monitoriza ou executa diversas atividades, como a atividade assistencial, operacional. Torna-se, portanto, importante avaliar a SM, na sua vertente assistencial e operacional fora do âmbito hospitalar, valorizando os CSP, a educação para saúde, a prevenção, a integração e continuidade dos cuidados, de forma a potenciar a qualidade e eficácia dos mesmos.

Os profissionais de saúde militares partilham, por força do Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), de um conjunto de deveres deontológicos (dever da disponibilidade permanente e de defender a Pátria, mesmo com risco da própria vida - Artigos 12º e 11º do Capítulo I) que os tornam facilmente mobilizáveis, para além dos inerentes à prática de cuidados sanitários, que os distinguem dos profissionais civis e mesmo dos outros militares⁵³.

Através do Regulamento Geral do Serviço Naval em Terra (RGSNT), no seu ARTº 2.137 (publicação interna da Marinha) – responsabilidades genéricas da área da saúde, regula o funcionamento das unidades em terra como “o elemento orgânico responsável pela área funcional da saúde assegura, de uma maneira geral, os cuidados primários de saúde, preventivos e curativos, a ministrar à guarnição, o acompanhamento dos doentes, (...) a promoção de medidas preventivas necessárias ao bom estado sanitário da guarnição, as palestras à guarnição sobre educação para a saúde, observação do estado físico do pessoal (...)”.

No que se refere ao Regulamento Interno das Forças e Unidades Navais (RIFUN), no que se refere às atribuições do serviço de saúde este determina “... a bordo, em tempo de paz, consiste na prestação de cuidados de saúde nas suas diversas vertentes, a fim de garantir a prontidão da guarnição (...) Em períodos de crise, tensão ou conflito a sua função é assegurar o tratamento dos feridos mantendo a maior prontidão do navio para combate”.

Conforme já mencionado, os profissionais da Marinha prestam serviço nas unidades em terra e nas unidades navais, sendo que as necessidades assistenciais definidas pela condição militar, e as exigências impostas pela atividade operacional, constituem por si só, motivos que tornam imprescindível a existência do serviço de saúde.

A Marinha possui três tipos de unidades/serviços de saúde (tabela 2.3 – página seguinte), conforme determinado no Despacho nº2943/2014 do Gabinete do Ministro do Ministério da Defesa Nacional. A reorganização da prestação de cuidados de saúde, de proximidade às unidades militares, constitui uma rede de unidades de saúde, que se encontram na dependência dos ramos das FA's e têm como referência⁵⁴:

- unidades **Tipo I** – constituídas essencialmente por pessoal de enfermagem, em unidades militares de menor dimensão (...);
- unidades **Tipo II** – unidades com apoio médico de medicina geral e familiar e trauma e de pessoal de enfermagem, em unidades militares de média dimensão (...);
- unidades **Tipo III** – unidades vocacionadas essencialmente para os cuidados de saúde primários e especializados, a localizar em áreas de apoio a unidades militares de

maior dimensão (...). Complementarmente, estas unidades de saúde podem proporcionar apoio médico de medicina geral e familiar, de medicina dentária e cuidados especializados adequados às necessidades das unidades apoiadas, incluindo o serviço de fisioterapia, serviço de radiologia básico e posto de colheitas de análises (...).

Tabela 2.3 – Identificação das unidades em terra e das unidades navais

Unidades em Terra	Tipo	Tipo	Tipo	Unidades Navais	Tipo	Tipo	Tipo2
	1	2	3		1	2	
Centro de Medicina Naval			X	NRP Vasco da Gama	X	X	
Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica		X		NRP Álvares Cabral	X	X	
Comando do Corpo de Fuzileiros – Polo Base de Fuzileiros		X		NRP Corte Real	X	X	
Comando do Corpo de Fuzileiros – Polo Escola de Fuzileiros		X		NRP Bartolomeu Dias	X	X	
Comando de Zona Marítima da Madeira	X			NRP D. Francisco de Almeida	X	X	
Comando de Zona Marítima dos Açores	X			NRP Berrio	X	X	
Comando de Zona Marítima do Norte	X			NRP Sagres	X	X	
Comando de Zona Marítima do Sul	X			NRP António Enes	X	X	
Capitania do Porto de Lisboa		X		NRP Jacinto Cândido	X	X	
Direção de Faróis	X			NRP Viana do Castelo	X	X	
Esquadrilha de Helicópteros	X			NRP Figueira da Foz	X	X	
Esquadrilha de Subsuperfície				NRP D. Carlos I	X		
Escola Naval	X	X		NRP Almirante Gago Coutinho	X		
Escola de Tecnologias Navais		X		NRP Tejo	X		
Instituto Hidrográfico	X	X		NRP Douro	X		
Unidade de Apoio às Instalações Centrais de Marinha – Polo UAICM	X	X		NRP Mondego	X		
Unidade de Apoio às Instalações Centrais de Marinha – Polo Alcântara		X		NRP Tridente	X		
				NRP Arpão	X		
				UAM Creoula	X	X	

À data da realização deste estudo, a Marinha possui 19 serviços de saúde em unidades navais (navios), e 17 serviços de saúde em unidades em terra, e um universo de profissionais de saúde num total de 332 indivíduos, que prestam serviço, distribuídos por estas unidades, pelo hospital das forças armadas (maior quantitativo) e por unidades de direção e de Estado-Maior, por períodos de comissão de 3 anos ou mais, mantendo um sistema de rotatividade.

Dos profissionais de saúde fazem parte Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica de diversas áreas (fisioterapia, cardiopneumologia, radiologia, análises clínicas, farmácia, nutrição, saúde ambiental), Dentistas, Psicólogos, Farmacêuticos, Assistentes operacionais de Auxiliar de Ação Médica e Assistentes Administrativos. Segundo informação facultada pela Direção de Saúde, e conforme tabelas 2.4 e 2.5 (página seguinte), constata-se o elevado número de prestação de cuidados que são realizados, nas diversas unidades/serviços de saúde.

Tabela 2. 4 - Dados estatísticos do Centro de Medicina Naval (janeiro a setembro 2018)

Departamento/Unidade	Unidade TIPO III - procedimentos	Total
Departamento de Saúde Ocupacional	Exames Médicos Anuais, periódicos, inspeções, urologia, oftalmologia, medicina do trabalho, promoções, consultas. Atendimento enfermagem, análises água, vacinação.	19 893
Departamento Saúde Operacional	Aprontamentos coletivos, individuais, consultas, enfermagem, cooperação técnico militar, atividades operacionais.	6 203
Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Consultas clínica geral, psicologia, enfermagem, análises clínicas, vacinação audiologia.	12 004
Unidade de cardiologia	Consultas, espirometria, eletrocardiogramas, provas esforço, ecocardiograma, holter 24H, mapas.	3 963
Unidade de radiologia / imagiologia	Rx urgência, ao tórax, coluna, crânio, membros superiores e inferiores ortopantomografia.	3 910
Unidade de saúde oral	Consultas, exames anuais, periódicos, inspeções, tratamentos.	10 972
Unidade de medicina física e de reabilitação	Consulta.	358
Unidade de medicina do exercício	Consultas.	148
Fisioterapia	Ultrassons, laser, correntes, massagem, fortalecimento muscular, técnicas especiais de cinesioterapia, mobilização articular, correção postural, ondas de choque radiais, ondas curtas, crioterapia, etc	9 302

Fonte: dados estatísticos, cedidos pela Direção de saúde, em 20 de novembro de 2018

Perante esta magnitude de cuidados prestados, a um efetivo de cerca de 8 429 pessoas (militares no ativo e na reserva), é fundamental e de extrema importância e conforme recomendado pela OMS e pelo Conselho da União Europeia, a avaliação da percepção dos profissionais de saúde sobre a CS, da instituição onde trabalham, como condição essencial, para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam³.

Tabela 2. 5 - Unidades tipo II, constituídas por médico e enfermeiro

Unidades TIPO II – unidades com médico e enfermeiro	Totais
Comando do Corpo Fuzileiros - Polo Escola de Fuzileiros (unidade com saúde oral)	4 390
Comando do Corpo Fuzileiros - Polo Base de Fuzileiros	2 533
Escola Naval	3 280
Escola de Tecnologias Navais (unidade com saúde oral)	5 790
Unidade Apoio Instalações Centrais de Marinha – Polo Alcântara	4 779
Unidade Apoio Instalações Centrais de Marinha – Polo UAICM (unidade com inspeções dentárias)	5 171
Instituto Hidrográfico	472
Esquadrilha de Subsuperfície	1 656

Fonte: dados estatísticos, cedidos pela Direção de saúde, em 20 de novembro de 2018

Sendo a CS de uma organização, o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso e o estilo e a competência da gestão de saúde e segurança de uma organização⁴⁷, este

estudo enquadra-se perfeitamente, na realidade da Marinha. A organização Marinha, encontra-se inserida dentro do seu ambiente próprio, onde interagem com este ambiente diversas pessoas, recebendo influências e influenciando-o. As pessoas que trabalham na organização, contribuem para trocas de influências de uma forma permanente, onde os valores pessoais de cada um, conduzem à formação da Cultura da Organização. A ACSD tem como consequência elevar os níveis de consciencialização sobre o papel da CS, na promoção de um ambiente mais seguro para o doente⁴⁷. Essa avaliação permite, identificar as fragilidades da organização, desenvolver estratégias de melhoria para que possam ser estabelecidas medidas, contribuindo para a redução dos números de EA, melhorando a qualidade da prestação dos cuidados, do conhecimento e atitudes, promovendo uma prática clínica mais segura.

Se a nível Nacional, esta temática é muito incipiente, nas FA's Portuguesas ainda não foi estudada. Relativamente ao nível internacional, a situação é claramente diferente, como é o caso nos Estados Unidos da América, que em 2014, o Secretário de Defesa ordenou uma revisão abrangente do SSM, incluindo os três ramos (Marinha, Exército e Força Aérea), com um enfoque específico no acesso aos cuidados de saúde, SD e qualidade dos cuidados⁵⁵. Segundo este relatório, desde 2001, que foi implementado pelo departamento de defesa Norte-Americano o programa de SD, que tinha como objetivo, identificar e relatar problemas reais e potenciais, em sistemas e processos médicos, e implementar ações efetivas para melhorar a SD e a qualidade da prestação de cuidados. Este programa abrangente e centralizado, pretendia estabelecer uma CSD no SSM. Com este relatório concluíram que o SSM presta cuidados seguros e com qualidade, aconselhando a melhoria continua tendo por base as recomendações e constatações efetuadas⁵⁵.

A realidade Nacional é bem diferente e, no contexto das FA's, à data da realização deste estudo, e após pesquisa, não foi encontrado nenhum estudo no âmbito da ACSD nos CSP, e apenas foi encontrado um estudo centrado no contexto hospitalar, nomeadamente no Hospital das Forças Armadas, realizado em 2012⁵⁶.

Posto isto, para transformar a CSD é importante, primeiro conhecê-la, sendo a ACSD o início para um planeamento de ações que promovam mudanças, por forma a reduzir a incidência de EA e conseqüentemente, garantir cuidados mais seguros. A partir desta avaliação inicial, a organização Marinha Portuguesa, tem acesso à informação dos seus profissionais no que se refere às suas perceções e comportamentos relacionados com a SD, permitindo identificar e hierarquizar áreas consideradas problemáticas e implementar intervenções específicas.

3.1 - Tipo de estudo

O trabalho de investigação aqui exposto, atendendo aos objetivos definidos, trata-se de um estudo do tipo descritivo-correlacional, transversal e de cariz quantitativo, sendo que a sua definição teve por base a seguinte fundamentação teórica:

- Descritivo - estudo de caso – uma vez que incidiu na caracterização do fenómeno, numa organização. Atendendo aos objetivos e à problemática em causa, a metodologia descritiva “consiste numa investigação aprofundada de um individuo, família, grupo ou organização” sendo também adequado para “explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção”⁵⁷, bem como associações entre variáveis⁵⁸.
- Transversal – pois foca-se num único grupo, representativo da população em estudo, sendo a colheita de dados feita num único momento⁵⁹.
- Correlacional – visa explorar e descrever a natureza das relações existentes entre determinadas variáveis^{57,59}.
- Método quantitativo - É um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis⁶⁰.

3.2 - Local do estudo

Este estudo decorreu na Marinha Portuguesa, a todos os profissionais de saúde que desempenham funções nas unidades/serviços de saúde em terra, naval ou hospital. Sendo este o contexto em que a mestranda exerce funções, facilmente comunicou e divulgou o questionário, pelas contas pessoais institucionais.

3.3 - População / amostra

A população corresponde à totalidade dos indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo⁶¹, sendo constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção, definidos previamente, e para os quais o investigador deseja fazer generalizações⁵⁷. Neste estudo, a população alvo é constituída por todos os profissionais da Marinha, que desempenham funções na área da saúde, pertencentes ao quadro permanente, ao regime de contrato e ao quadro civil, de acordo com dados publicados no anuário estatístico da Marinha, referente a 31 de

dezembro de 2017, ajustado outubro de 2018. Portanto, a população alvo total deste estudo é constituída por 332 profissionais, que após a aplicação dos critérios de exclusão foram elegíveis 272 profissionais que desempenham funções na área da saúde, integrados nos serviços/unidades de saúde da Marinha (tabela 3.1 - página seguinte).

Utilizou-se a técnica de amostragem probabilística aleatória estratificada, uma vez que a população foi dividida em grupos homogêneos, sendo a amostra final constituída por amostragem aleatória simples dos elementos pertencentes a cada um dos grupos. Este tipo de amostragem garante a representatividade de todos os grupos eventualmente existentes na população teórica⁶⁸.

Como critérios de inclusão, foram definidos:

- Ser médico, enfermeiro, técnico superior de diagnóstico e terapêutica, dentista, psicólogo clínico, farmacêutico na área do medicamento, assistente operacional auxiliar de ação médica e assistentes administrativos, desde que desempenhem funções nos serviços de saúde e que se encontrem no ativo;
- Ser dos quadros permanentes, regime de contrato e do quadro civil da Marinha.

Critérios de exclusão:

- Profissionais de saúde, que estejam no ativo, mas que por inerência do seu posto ou cargo militar, não se encontrem a desempenhar funções na prestação de cuidados, há 12 meses ou mais e profissionais em situação de reserva;
- Psicólogos que se encontram na área do recrutamento, seleção e educação, há pelo menos 12 meses;
- Farmacêuticos que se encontram na área hospitalar-farmácia hospitalar, e/ou na área da toxicologia, há pelo menos 12 meses;
- Profissionais de saúde que se encontram em qualquer tipo de licença, desde que superior a 12 meses;

Tabela 3.1 - Distribuição da população/amostra, por grupos profissionais

	População (N° / %)	Amostra (n° / %)	% População
Médico(a)	45 / 16,5	22 / 14,6	48,9
Enfermeiro(a)	179 / 65,8	106 / 70,2	59,2
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutico	14 / 5,1	9 / 6,0	64,2
Dentistas	10 / 3,7	6 / 4,0	60,0
Farmacêuticos	5 / 1,8	2 / 1,3	40,0
Psicólogos	3 / 1,1	2 / 1,3	66,7
Assistentes operacionais auxiliares de ação médica	10 / 3,7	2 / 1,3	20,0
Assistentes administrativos	3 / 1,1	0 / 0	0,0
Outros	3 / 1,1	2 / 1,3	66,7
TOTAL	272	151	--

Dados retirados do anuário estatístico da marinha, de 2017, com a correção a outubro de 2018

3.4 - Método e instrumento de recolha de dados

O método de recolha de dados utilizado foi o questionário, que apresenta vantagens quer ao nível da recolha de informação (permite inquirir um elevado número de profissionais em simultâneo, e obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa), quer ao nível do anonimato das respostas (tranquilizando os respondentes, o que os leva a exprimir livremente as suas opiniões)⁵⁸, mais tempo para responder, e menos risco de distorção (pela não influencia do investigador)⁶².

Utilizado o *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)*, da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, dos Estados Unidos da América, sendo este, uma expansão do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPCS)*. O MOSPSC foi traduzido e adaptado ao contexto português por Margarida Eiras para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”^{5,38}, sendo autorizado a sua aplicação neste estudo.

Em Portugal a ACSD nos CSP, iniciou-se com a aplicação da norma 003/2015, de 11 de março, e os resultados publicados demonstraram a necessidade de intervenção em três dimensões: “pressão e ritmo de trabalho”, “apoio pela gestão de topo” e “formação e treino dos profissionais”³⁸. Este instrumento de recolha de dados permite a confrontação entre organizações habilitando-as para o desenvolvimento de melhorias na SD, permitindo assim, identificar áreas fortes ou com potencial de melhoria, fornecendo dados que permitem descrevem mudanças na CSD, ao longo do tempo⁶³.

Através deste questionário, os profissionais de saúde avaliam a CS da sua unidade em dez dimensões (tabela 3.2) e ainda em cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde - centralização no doente, eficácia, oportunidade, eficiência e equidade - bem como os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua unidade tem edificado para prever, detetar e corrigir problemas que possam afetar os doentes³⁸.

O instrumento utilizado corresponde a um questionário autopreenchido (Anexo III) distribuído online, via email para a conta pessoal institucional dos profissionais de saúde que integram a população alvo, com um tempo de preenchimento previsto entre 10-15 minutos. Apresenta uma breve contextualização do estudo e o âmbito em que é realizado, solicitando a colaboração dos profissionais para a sua concretização, e um breve esclarecimento de alguns conceitos. Este instrumento de “Avaliação da CSD nos CSP” encontra-se estruturado em 7 seções distintas e uma distribuição multidimensional. A última seção pretende efetuar a caracterização sociodemográfica e profissional da população.

Tabela 3. 2 - MOSPSC - dimensões e respetivas seções e itens

Dimensões	Itens
1. Trabalho em equipa	C1; C2; C5; C13
2. Seguimento do doente	D3; D5; D6; D9
3. Aprendizagem organizacional	F1; F5; F7
4. Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	F2; F3R; F4R; F6R
5. Formação e treino dos profissionais	C4; C7; C10R
6. Apoio pela gestão de topo	E1R; E2R; E3; E4R
7. Comunicação acerca do erro	D7R; D8; D11; D12
8. Abertura na comunicação	D1; D2; D4R; D10R
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	C8R; C9; C12R; C15
10. Pressão e ritmo de trabalho	C3R; C6R; C11; C14R

Adaptado do MOSPSC Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report.“R” – questões invertidas

Neste questionário existem perguntas direcionadas em sentido positivo e outras em sentido negativo. Para a análise de cada uma das dimensões, foram recodificadas as respostas às questões 3, 6, 8, 10, 12, 14 da seção C; 4, 7 e 10 da seção D; 1, 2 e 4 da seção E, e 3, 4 e 6 da seção F (questões negativas assinaladas com “R”). Através da média de respostas positivas, determina-se quais as dimensões que constituem pontos fortes e fracos da CSD da organização.

Seguindo os critérios de exclusão da AHRQ (2018) foram eliminados os questionários que apresentassem⁶⁴:

- Respostas em branco - efetuada automaticamente aquando da submissão, uma vez que todas as respostas estavam identificadas como obrigatórias;
 - Respostas sempre iguais nas secções C, D, E e F;
 - Todos os itens das secções A, B, C, D, E e F respondidos com “não se aplica/ não sei”.
- Como nenhum dos 151 questionários respondidos apresentou estas condicionantes, foram considerados validados na sua totalidade.

3.5 - Análise das dimensões/itens

O questionário é constituído por 53 itens, divididos por 10 dimensões, sob a forma de escala de *Likert*, com seis hipóteses de resposta por **níveis de concordância** (discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo fortemente, não se aplica/ não sei) nas secções C, E e F, ou **por frequência** (Nunca, raramente, algumas vezes, a maioria das vezes, sempre, não se aplica/ não sabe) na secção D. Os itens relacionados com a SD e a qualidade dos cuidados (secção A), bem como os itens relativos à gestão e troca da informação (secção B), usam uma escala de frequência tipo *Likert*, com sete possibilidades de resposta relativas à **frequência** (diariamente, semanalmente, mensalmente, várias vezes nos últimos 12 meses, uma ou duas vezes nos últimos 12 meses, não sucedeu nos últimos 12 meses, não se aplica/não sei)⁶⁴.

A classificação geral da qualidade (secção G), é composta por uma escala tipo *Likert* com cinco hipóteses de resposta (excelente, muito boa, aceitável, fraca, muito fraca). As definições de cada uma das dimensões avaliadas pelo MOSPSC, encontram-se descritas no Anexo IV, auxiliando a compreensão da escala utilizada.

Relativamente ao tratamento e interpretação dos dados, baseamo-nos nas recomendações da AHRQ⁶⁴ (2018), no que respeita à percentagem de respostas positivas. Este questionário inclui questões expostas na positiva e na negativa, sendo recomendado que na análise global das dimensões, seja invertida a escala de perguntas que estão no sentido negativo. As questões identificadas com “R” estão colocadas na negativa, conforme tabela 3.2 (página anterior), e sugerem que as cinco e seis hipóteses de respostas sejam recodificadas. Portanto, para a leitura e interpretação dos dados, procedeu-se à recodificação, combinando as frequências das respostas, quer dos itens quer das dimensões (tabela 3.3 – página seguinte) em que em cada item^{38,46}:

- as duas categorias menos positivas/respostas mais baixas (1 e 2) foram combinadas numa única categoria (discordo fortemente/discordo; nunca/raramente; diariamente/semanalmente) considerada negativa;
- as duas respostas mais positivas/respostas mais elevadas (4 e 5 ou 5 e 6), resultaram somente numa categoria (concordo fortemente/concordo; a maioria das vezes/sempe e várias vezes nos últimos 12 meses/uma ou duas vezes nos últimos 12 meses/não sucedeu nos últimos 12 meses) consideradas positiva, sendo o resultado final a soma das frequências;
- os pontos intermédios (não concordo nem discordo/algumas vezes/mensalmente) representam uma terceira categoria, considerada neutra;
- a opção de resposta “não se aplica”, foi considerada não válida.

Os resultados serão expostos para cada um dos itens, agrupados por dimensão, revelando a perceção dos profissionais de saúde, através do valor percentual de respostas positivas, negativas ou neutras, o que permite a identificação das dimensões consideradas como pontos fortes da organização e aquelas que carecem de oportunidades de melhoria.

Tabela 3.3 - Recodificação da escala e interpretação dos resultados⁶⁴

NÍVEIS – Código base (cinco e seis níveis)	CATEGORIAS – RECODIFICAÇÃO (três níveis)
Discordo fortemente / Discordo	Negativos
Nunca / Raramente	
Diariamente / Semanalmente	
Não concordo nem discordo	Neutros
Algumas vezes	
Mensalmente	
Concordo / Concordo fortemente	Positivos
A maioria das vezes / Sempre	
Várias vezes nos últimos 12 meses	
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	
Não sucedeu nos últimos 12 meses	
Não se aplica / Não sei	Não se aplica

Adaptado Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report.

Relativamente ao questionário original, foram efetuadas pequenas alterações, nomeadamente a substituição ou complemento de palavras:

- “doente” por “doente/utente”, “não pode” por “não conseguiu/não pode”, “nosso centro” por “nosso serviço/unidade”, “resposta outros” por “outras unidades de saúde”, “colegas”

por “camaradas” e “unidade” por “serviço/unidade”.

3.6 - Consistência interna do instrumento

Para verificar a fiabilidade do instrumento de medida, realizou-se a análise da consistência interna das suas dimensões, através da determinação do *coeficiente alfa de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1, sendo que, valores mais próximos de 1, revelam maior consistência interna. A fiabilidade de um instrumento refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida. Um instrumento diz-se fiável se mede, de forma consistente e reprodutível, uma determinada característica ou fator de interesse.

Um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0,70 sendo considerados com uma boa consistência interna, porém, são considerados aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60⁵⁹, principalmente quando o número de itens envolvidos é reduzido⁶⁵. Contudo, existe consenso de que o valor do coeficiente oscila entre 0,00 e 1,00, sendo que o valor mais elevado indica uma maior consistência interna. Neste estudo o valor será interpretado de acordo com a tabela 3.4.

Tabela 3.4 - Classificação da fidelidade a partir do coeficiente de alfa de Cronbach

Fidelidade	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Valor de α	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Fonte: Adaptado de Freitas e Rodrigues (2005)⁶⁶

Previamente à distribuição do questionário, realizou-se um pré-teste, por forma a evidenciar possíveis falhas na redação das questões tais como: complexidade das mesmas, imprecisão na redação, questões desnecessárias, constrangimentos, entre outros, sendo o objetivo assegurar-lhe validade e precisão^{58,62}. No pré-teste, foram incluídos sete profissionais de saúde, com as mesmas características da população alvo. Os resultados foram sujeitos a um tratamento estatístico, nomeadamente ao teste de *Alfa de Cronbach* para analisar a consistência interna das dimensões, tendo-se obtido os resultados expressos na tabela 3.5 – página seguinte. Registaram-se valores compreendidos entre 0,66 na “dimensão 2 - Seguimento do doente” e 0,92 na “dimensão 1 - Trabalho em equipa”, sendo esta a mais elevada.

Tabela 3.5 - Valores de Alfa de Cronbach obtidos neste estudo

Dimensão	Seção	Nº de itens	Alfa Cronbach
1. Trabalho em equipa	C	4	0,92
2. Seguimento do doente	D	4	0,66
3. Aprendizagem organizacional	F	3	0,91
4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	F	4	0,85
5. Formação e treino dos profissionais	C	3	0,74
6. Apoio pela gestão de topo	E	4	0,75
7. Comunicação acerca do erro	D	4	0,87
8. Abertura na comunicação	D	4	0,85
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	C	4	0,81
10. Pressão e ritmo de trabalho	C	4	0,7

Perante os resultados apresentados tabela 3.5, as dimensões 2, 5, 6 e 10 apresentam moderada consistência, as dimensões 4, 7, 8 e 9 alta consistência e muito alta nas dimensões 1 e 3, o que evidenciou boa fiabilidade do questionário.

3.7 - Definição das variáveis

As variáveis em estudo caracterizam-se da seguinte forma:

- Variáveis qualitativas medidas numa escala nominal dicotómica: género, formação em SD, interação com os doentes/utentes; e policotómica: grupo profissional, unidade atual;
- Variáveis qualitativas medidas numa escala ordinal, policotómica: grupo etário, anos como militar, anos de experiência, anos na unidade atual.

3.8 - Considerações éticas

Inicialmente foi realizado o pedido de autorização formal à autora do questionário para a sua utilização, tendo sido obtido o seu consentimento (Anexo II). Após este, foi solicitado a várias entidades e unidades da Marinha, nomeadamente (Anexo V) à Direção de Saúde, Direção de Formação, Superintendência do Pessoal e Chefe do Estado-Maior da Armada, autorização para a realização do estudo. Para a recolha dos dados, foi solicitada autorização ao Sistema Integrado de Relações Públicas e a Direção de Análise e Gestão de Informação, que após anuência das entidades anteriormente citadas, autorizaram a mesma, juntos dos profissionais de saúde.

De forma a cumprir com os princípios ético-legais de um processo de investigação, garantiu-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes, e no final do estudo a disponibilização dos resultados.

3.9 - Procedimentos de recolha e tratamento de dados

O questionário foi disponibilizado em formato digital, enviado através da plataforma questionários online da Marinha, para o email pessoal institucional, de cada elemento da população alvo, estando disponível e acessível a todos os profissionais que integraram o estudo, no período de 28 de novembro a 14 de dezembro de 2018. No intuito de obter uma maior participação, foi enviado uma segunda vez, apenas para os profissionais que ainda não tinham respondido, a qual decorreu no período de 7 a 21 de janeiro de 2019. A utilização da plataforma da Marinha, permitiu verificar que cada profissional apenas respondeu uma única vez ao questionário, e que esse só ficava concluído quando todas as questões fossem preenchidas, e o mesmo submetido. A análise dos dados foi efetuada através dos programas Excel e do SPSS versão 22.

O método de amostragem foi probabilístico (ou aleatória) estratificada já que a probabilidade de cada elemento da população ser incluído na amostra é igual para todos os elementos, e todas as amostras selecionadas são igualmente prováveis⁶⁷. Estratificada, uma vez que a população do estudo é dividida em grupos homogêneos, sendo a amostra final constituída por amostragem aleatória simples dos elementos pertencentes a cada um dos grupos homogêneos. Este tipo de amostragem garante a representatividade de todos os grupos eventualmente existentes na população teórica^{59,67}.

3.10 – Estratégias para a análise dos dados

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados criámos uma base de dados no programa estatístico IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) para o Windows, versão 22, onde foram introduzidos os dados, segundo uma codificação pré-estabelecida, de modo a identificar cada variável em estudo. Em complementaridade utilizamos também no programa *Microsoft Excel*.

Em relação ao tratamento estatístico, utilizamos a estatística descritiva com o propósito de caracterizar sociodemograficamente a amostra. Para isso utilizamos a distribuição de frequências (absolutas - número de vezes que cada elemento da variável se repete;

relativas - número de vezes que o valor da variável se verifica face ao total de observações, sendo que estas interpretadas em termos percentuais). Recorremos a medidas de localização (tendência central – mediana - valor em que a amostra se divide em duas partes iguais, sendo a medida de tendência central adequada quando se trata de variáveis ordinais), medidas de dispersão/variabilidade (mínimos e máximos) e representação gráfica (gráficos de barras e circulares).

Ao nível da estatística inferencial foi determinado o nível de consistência interna do instrumento (Alfa de Cronbach), e utilizados testes não paramétricos de acordo com o tipo de variáveis em estudo, nomeadamente, teste de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis, teste qui-quadrado e o coeficiente de correlação Ró Spearman. O nível de significância considerado neste estudo foi de 5%.

Capítulo IV - Apresentação e análise dos resultados

Com o intento de apresentar de forma mais estruturada os resultados, este capítulo foi organizado em duas partes. Primeiramente, procedeu-se à caracterização sociodemográfica da população e posteriormente à caracterização das respostas dos profissionais de saúde, tendo em conta os resultados obtidos no questionário aplicado.

4.1 - Análise descritiva - caracterização da amostra

Dos questionários enviados aos 272 profissionais (N=272), obtivemos resposta de 151 (n=151), o que corresponde a uma taxa de adesão de 55,5%, sendo estes maioritariamente do género masculino (60%), correspondendo 40% ao género feminino, e pertencentes às diferentes categorias profissionais, tal como é representada na tabela 4.1.

Tabela 4.1 - Caracterização demográfica - população e amostra por grupo profissional.

	População (Nº / %)	Amostra (nº / %)	% População
Médico(a)	45 / 16,5	22 / 14,6	48,9
Enfermeiro(a)	179 / 65,8	106 / 70,2	59,2
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutico	14 / 5,1	9 / 6,0	64,2
Dentistas	10 / 3,7	6 / 4,0	60,0
Farmacêuticos	5 / 1,8	2 / 1,3	40,0
Psicólogos	3 / 1,1	2 / 1,3	66,7
Assistentes operacionais auxiliares de ação médica	10 / 3,7	2 / 1,3	20,0
Assistentes administrativos	3 / 1,1	0 / 0	0,0
Outros	3 / 1,1	2 / 1,3	66,7
TOTAL	272	151	--

Nº (Número); % (Percentagem)

No sentido de facilitar a análise dos dados, decidimos agrupar algumas categorias, nomeadamente (tabela 4.2 – página seguinte): dentistas e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT) - Grupo III; e farmacêuticos, psicólogos, assistentes operacionais, assistentes administrativos e outros, como sendo o grupo de profissionais sem intervenção médica (IM) - Grupo IV.

Tabela 4. 2- População e amostra agrupada por grupo profissional

		População	Amostra	%
		(Nº / %)	(nº / %)	População
Grupo I	Médico(a)	45 / 16,5	22 / 14,6	48,9
Grupo II	Enfermeiro(a)	179 / 65,8	106 / 70,2	59,2
Grupo III	Dentistas e Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutico	24 / 8,8	15 / 10,0	62,5
Grupo IV	Profissionais sem Intervenção Médica: Farmacêuticos, Psicólogos, Assistentes operacionais Auxiliares de Ação Médica, Assistentes Administrativos, Outros	24 / 8,8	8 / 5,2	33,3
TOTAL		272	151	--

Nº (Número); % (Porcentagem)

A classe profissional com maior taxa de participação (70%) foram os enfermeiros, seguindo-se os médicos (15%), os dentistas e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, (10%) e por fim, os profissionais sem IM (tabela 4.2).

A maioria dos inquiridos (64%) tinham idades compreendidas entre 31 e 47 anos, correspondendo 35% ao género feminino e 31% ao masculino. É de realçar que no grupo etário dos 48 a 56 anos, dos 23% dos respondentes, 22% pertenciam ao género masculino, sendo o género predominante neste estudo (gráfico 4.1).

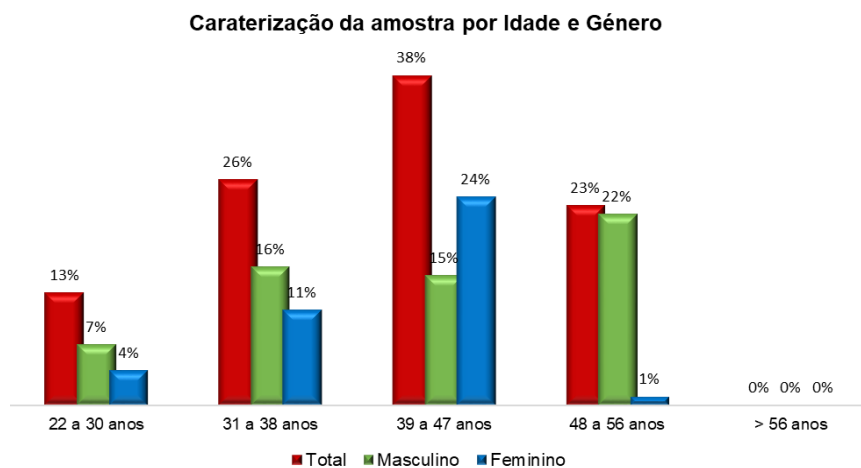


Gráfico 4. 1 - Caraterização demográfica - idade e género

Caracterizando os profissionais de saúde relativamente ao **tempo de serviço militar**, e aos **anos de experiência** na área da saúde (tabela 4.3 – página seguinte), constata-se que a maioria é militar, há pelo menos 17 anos (66%), verificando-se um diferencial de 48% para a classe dos 13 aos 17 anos. Entre os 5 e 13 anos, verificou-se somente 9% de respondentes, destacando-se que apenas 7%, têm menos de 5 anos como militares.

Tabela 43 - Caracterização demográfica - tempo de serviço militar e anos de experiência na área da saúde

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	N	%
Tempo de serviço militar		
[1 ano - 5 anos [	10	7%
[5 anos - 9 anos [	6	4%
[9 anos - 13 anos [	8	5%
[13 anos - 17 anos [	27	18%
≥ 17 anos	100	66%
Anos de experiência na área da saúde		
[0 - 3 anos [	8	5%
[3 anos - 6 anos [	8	5%
[6 anos - 9 anos [	12	8%
[9 anos - 12 anos [	26	17%
≥ 12 anos	97	64%

Nº (Número); % (Porcentagem)

Relativamente aos anos **de experiência na área da saúde** (tabela 4.3), denota-se que a maioria desempenha funções há pelo menos 12 anos (64%), seguido da classe entre os 9 e 12 anos, com 17% da amostra deste estudo. Salienta-se que apenas 10% dos profissionais, encontram-se no desempenho de funções na área da saúde, há menos de 6 anos.

Na análise do gráfico 4.2, concluímos que 50% dos profissionais inquiridos referiram ter **formação na área da SD**, e que 89% dos que participaram neste estudo, **interagem diretamente com os doentes/utentes**.

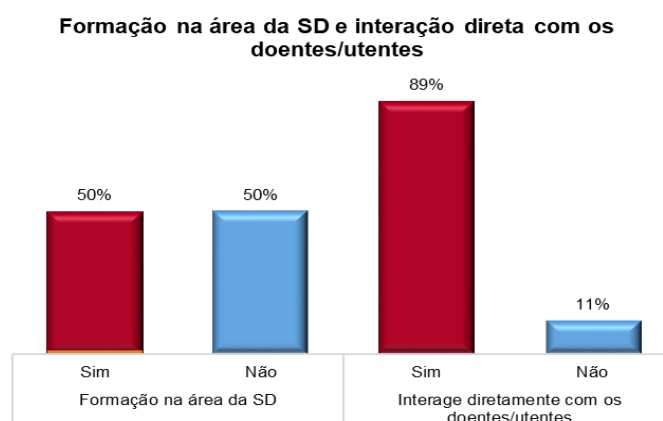


Gráfico 4. 2 - Caracterização demográfica - Formação em SD e interação direta com os doentes/utentes

No que respeita à **unidade atual** (gráfico 4.3 – página seguinte) onde os profissionais de saúde que participaram no estudo prestam serviço, a maioria dos respondentes (64%) encontram-se a desempenhar funções nas unidades em terra, 28% na unidade hospitalar e apenas 9% dos participantes em navios.

Já no que diz respeito ao **tempo de permanência na unidade atual**, verificamos que as percentagens se encontram muito aproximadas, salientando-se que 25% dos respondentes encontram-se pelo menos há 4 anos, na mesma unidade.

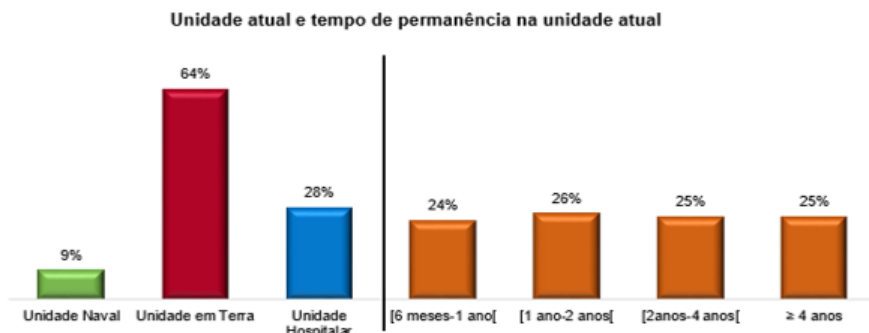


Gráfico 4. 3 - Caracterização demográfica - Unidade atual e tempo de permanência na unidade atual.

Por último, constata-se que a licenciatura é o grau académico com maior expressão (gráfico 4.4), correspondendo a 60% dos participantes neste estudo, seguindo-se 38% com o grau de mestre. Apenas 2 pessoas possuem uma o 12º ano e outra o 9º ano de escolaridade.

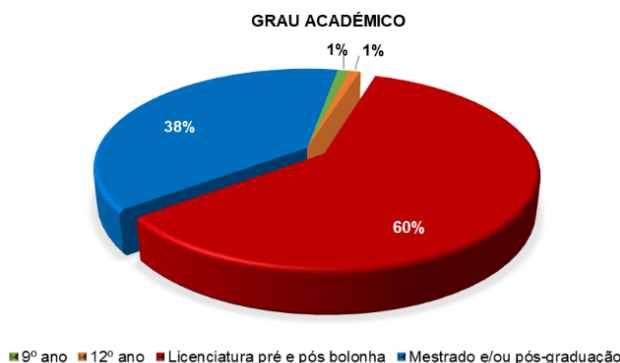


Gráfico 4. 4 - Caracterização demográfica - Grau de escolaridade.

Dos 151 profissionais de saúde que participaram neste estudo, 94% pertence aos quadros permanentes da Marinha, 5% encontram-se a prestar serviço em regime de contrato e por fim 1% pertence ao quadro de pessoal civil da Marinha.

4.2 - Análise das respostas obtidas por dimensões da qualidade

De forma a obter a perceção geral de cada dimensão, seguiram-se as diretrizes da AHRQ (2018), em que se calculou a percentagem total de respostas positivas para cada dimensão, agrupando-se as respostas positivas de acordo com a tabela 3.3 de recodificação. No caso de questões com sentido contrário (redação negativa),

assinaladas na tabela 3.2 com “R”, foram agrupadas as respostas “discordo/discordo totalmente” e “nunca/raramente”, porque uma resposta negativa num item com redação negativa indica uma resposta positiva, calculando-se a percentagem positiva para cada dimensão. A AHRQ considera que respostas positivas iguais ou superiores a 75%, revelam a existência de dimensão forte da CSD na organização, respostas positivas entre os 50% e os 75%, revelam a existência de dimensão a requerer melhorias, e por fim, as dimensões com percentagem inferior a 50% de respostas positivas representam áreas críticas/problemáticas.

Na ACSD nos CSP na Marinha (gráfico 4.5), o “trabalho em equipa”, é a dimensão da cultura de segurança mais forte/robusta, e como tal, com maior média de respostas positivas (81%). As áreas a requerer melhoria e, portanto, com menor percentagem de respostas positivas são “seguimento do doente” (67%), “aprendizagem organizacional (68%), perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente” (69%), “comunicação acerca do erro” (60%), “abertura na comunicação” (59%) e “processos administrativos e uniformização de procedimentos” (60%). As dimensões com percentagens inferiores a 50%, sendo por isso, consideradas críticas/problemáticas foram as que se referem à “formação e treino dos profissionais” (36%) “apoio pela gestão de topo” (42%) e “pressão e ritmo de trabalho” (29%), devendo-se considerar estas, como prioritárias nas ações de intervenção.

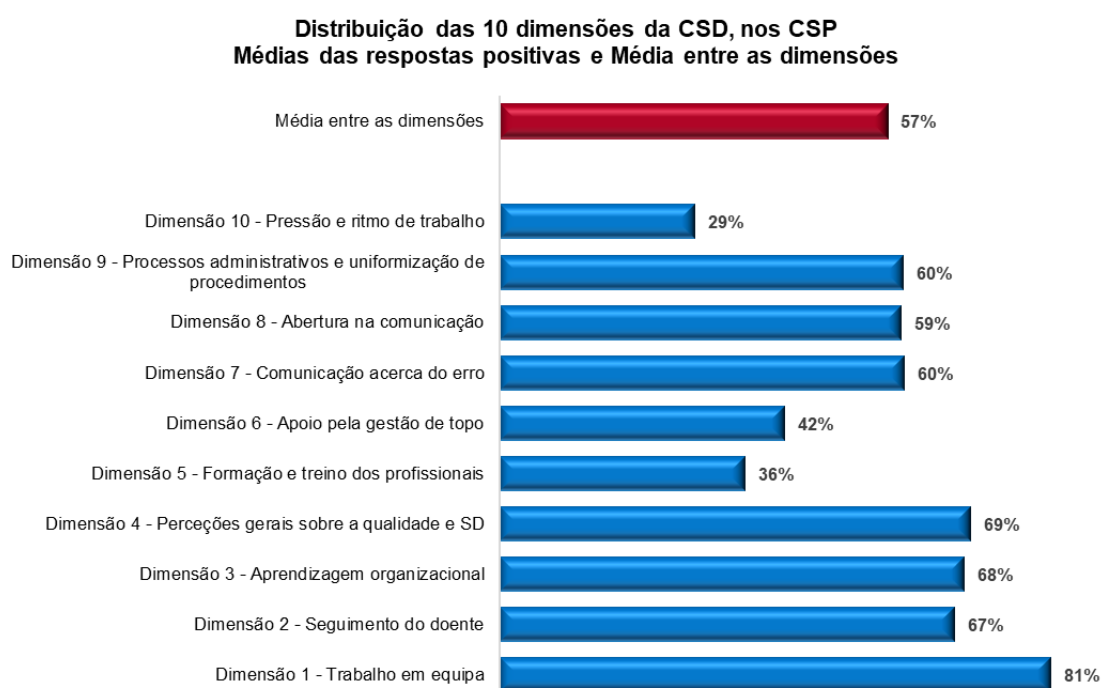


Gráfico 4. 5- Distribuição das 10 dimensões da CSD e Média entre as dimensões

Para um entendimento mais aprofundado, passamos de forma detalhada cada uma das dimensões.

Dimensão 1 - Trabalho em Equipa - Destaca-se como sendo a dimensão mais robusta/forte da organização, com 81% de respostas positivas. É importante enaltecer, que os valores inerentes a esta dimensão, foram a boa relação de trabalho entre eles (86%), respeito (85%) e entreajuda (86%). Relativamente ao item C13, verifica-se que é significativamente diferente dos restantes, tendo 18% a menos que o item C5 e 19% que os itens com C1 e C2, pelo que, embora se considere um valor aceitável deve ser alvo de ações de melhoria. As percentagens elevadas de respostas neutras (18%) e negativas (15%), do item C13 pode revelar necessidade de intervenção no sentido de promover uma maior cooperação face ao excesso de trabalho (gráfico 4.6).



Gráfico 4.6 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão "Trabalho em equipa".

Dimensão 2 – Seguimento do doente - Com 67% de média percentual de respostas positivas, considera-se uma dimensão com margem para melhorias em todos os seus quatro itens. A adoção de medidas na documentação em como os doentes/utentes crónicos seguem os planos de tratamento (D5); o seguimento do doente/utente quando a receção de informação de um prestador externo não acontece (D6) e medidas de alerta aos doentes no agendamento de consultas de rotina (D3), apesar de obterem 62%, 66% e 67% respetivamente de respostas positivas, são medidas com potencial para melhoria (38%, 34% e 33%). Destaca-se o item D9 com 72% de respostas positivas, em que os profissionais afirmaram que o seguimento aos doentes/utentes que necessitam de monitorização é realizado (gráfico 4.7 – página seguinte).

Este resultado, poderá dever-se ao facto de os doentes/utentes, ao serem enviados

pelas suas unidades/serviços de saúde, para o SSM (HFAR), deixam de ser acompanhados/seguídos pela sua unidade de origem, visto que o processo clínico informatizado único ainda não se encontra implementado, entre o SSM e a Marinha.

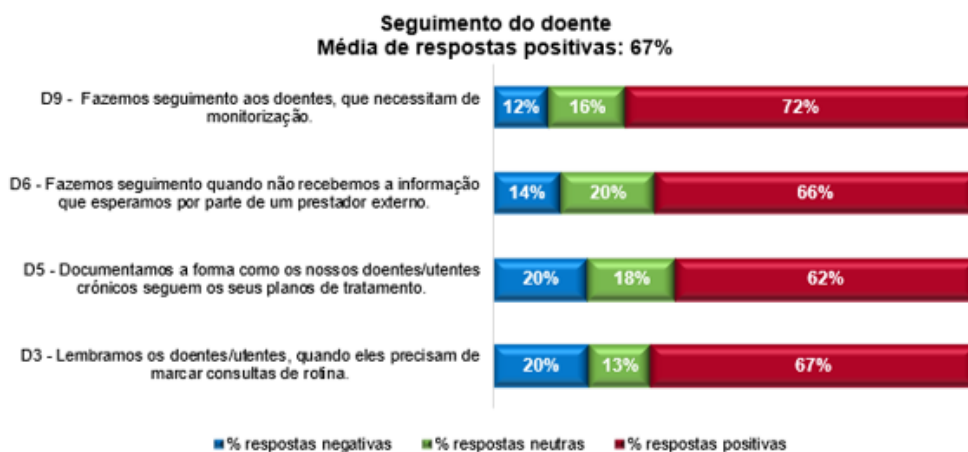


Gráfico 4. 7 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas na dimensão “Seguimento do doente”.

Dimensão 3 – Aprendizagem organizacional - Com 68% de respostas positivas, foi a terceira dimensão da qualidade com melhor cotação, porém, nos aspetos que implicam mudanças, ou seja, na adequação de procedimentos por forma a assegurar que os erros não se repitam (F5) e na avaliação dos procedimentos implementados para verificar se as mudanças funcionaram (F7), verifica-se uma menor percentagem de respostas favoráveis (65% e 54% respetivamente).

Como ponto forte desta dimensão, o item F1 com 86% de respostas positivas, os profissionais consideraram que quando existe um problema verifica-se se é necessário mudar a forma como as coisas são realizadas (gráfico 4.8).



Gráfico 4. 8 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas na dimensão “Aprendizagem organizacional”.

Dimensão 4 - Percepções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente -

Com uma média de respostas positivas de 69%, trata-se de uma dimensão com margem para melhoria. Como ponto forte, destaca-se o item F4R¹ (79%), em que os profissionais discordaram com a afirmação “É só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos doentes/utentes”. Situação semelhante verifica-se, nos itens F6R¹ e F3R¹, e em que a maioria dos profissionais (68%) discordaram das afirmações dos respetivos itens: consideraram que, nos seus serviços, realizar maior quantidade de trabalho é de facto menos importante do que prestar cuidados de saúde de qualidade (F6R¹), contudo 27% tem uma percepção contrária; e afirmaram que não cometemos mais erros do que deveríamos (F3R¹), sendo que 16% considera o contrário. Em relação aos procedimentos (F2), 63% dos respondentes consideraram que os existentes são adequados para prevenir erros que podem afetar os doentes/utentes. Tendo em conta que as respostas neutras variam entre os 5% (F6R¹), 16% (F3R¹), poderá permitir concluir que os profissionais ou não têm opinião formada ou simplesmente não querem manifestar a sua opinião (gráfico 4.9).



Gráfico 4. 9 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Percepções gerais acerca da qualidade e da SD”.

Dimensão 5 - Formação e treino dos profissionais - Com uma média percentual de respostas positivas de 36%, esta dimensão poderá ser considerada uma área problemática, nos seus três itens, beneficiando, portanto, de ações de melhoria. Analisando os itens, apuramos que apenas 38% dos profissionais consideraram receber

¹ um “R” indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente” (dependendo da escala usada).

a formação necessária quando novos procedimentos são implementados(C4), sendo que 37% consideraram o contrário. Na afirmação “garante-se que os profissionais tenham a formação necessária para desempenhar as suas funções (C7)”, apenas 44% dos profissionais concordaram, sendo que, 46% tem opinião contrária. É ainda de realçar a elevada percentagem de respostas neutras no item C4, que corresponde a 25%.



Gráfico 4. 10 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Formação e treino dos profissionais”.

Situação semelhante se verifica no item C10R¹ em que somente 26% dos respondentes discordaram com a afirmação do item “os profissionais são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação”, verificando-se 62% a concordarem com o item. Este resultado poderá estar relacionado com a condição militar, em que os profissionais são chamados a desempenhar funções, que não se encontram diretamente relacionadas com a atividade profissional da sua área de formação (saúde), não tendo formação específica, para o desempenho dessas funções (gráfico 4.10).

Dimensão 6 - Apoio pela gestão de topo - Considerada uma área problemática, uma vez que apresenta 42% de média percentual de respostas positivas, e dos seus quatro itens, três exibem valores abaixo dos 50%. Como itens mais fracos, o E3 com apenas 26% dos respondentes a afirmarem que “as chefias atribuem prioridade elevada na melhoria dos procedimentos relativos aos cuidados aos doentes/utentes”, sendo de salientar que 50% discordaram da afirmação. Relativamente ao item E1R¹, somente 36% dos profissionais consideraram que os investimentos financeiros eram suficientes (gráfico 4.11), sendo de realçar os 50% dos profissionais que concordaram com o item.

¹ Um “R” indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente” (dependendo da escala usada).

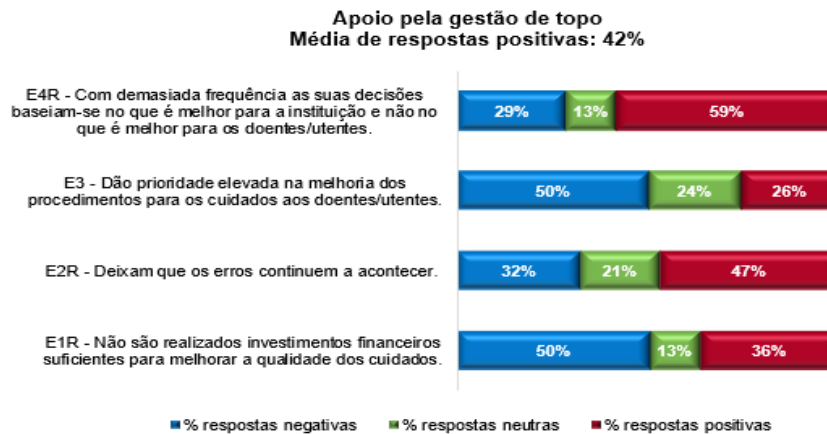


Gráfico 4. 11 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Apoio pela gestão de topo”.

Quanto à frequência com que as decisões são baseadas no que é melhor para os doentes/utentes e não no que é melhor para a instituição (E4R¹), 59% dos profissionais o realça, da mesma forma que no item E2R¹, apenas 47% dos inquiridos consideram que “não deixam que os erros continuem a acontecer”, discordando dos respetivos itens. Nesta dimensão a percentagem de respostas neutras nos quatro itens que a compõem, rondou os 18%.

Dimensão 7 - Comunicação acerca do erro - Com uma média percentual de respostas positivas de 60%, todos os itens, devem ser sujeitos a ações de melhoria. Se por um lado 68% dos profissionais “estão na disposição de dar informação sobre os erros que observam” (D12), por outro, e com menos 18 pontos percentuais (50%) afirmam que sentem que os seus erros não são usados contra eles, discordando, portanto, da afirmação (D7R¹).

Relativamente aos itens D8, e D11, que apresentam 58% e 63% respetivamente, os profissionais consideram que falam abertamente sobre os problemas do funcionamento da sua unidade/serviço, bem como, sobre as formas de prevenir a repetição dos erros. Mais uma vez, se realça as percentagens de respostas neutras, com valores entre 19% nos itens D11 e D12, 22% no item D8 e 27% no item D7R¹, o que poderá indiciar que os profissionais simplesmente não quiseram responder à questão (gráfico 4.12).

¹ Um “R” indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente” (dependendo da escala usada).

Comunicação acerca do erro
Média de respostas positivas: 60%

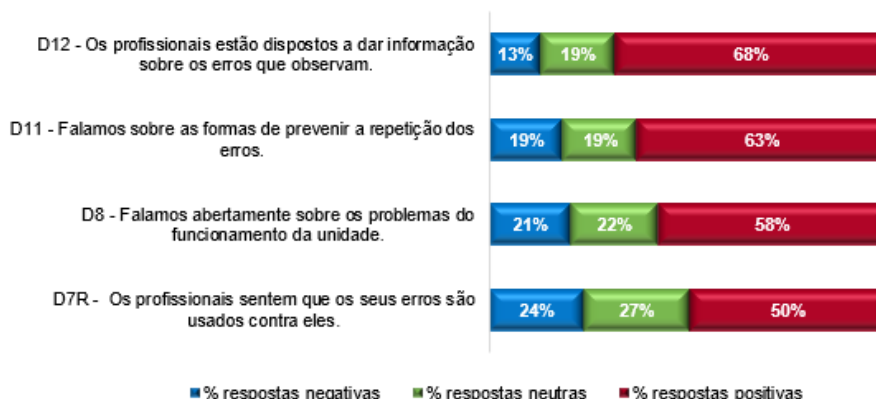


Gráfico 4. 12 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Comunicação acerca do erro”.

Dimensão 8 - Abertura na comunicação - Nesta dimensão, os resultados demonstram que apesar da média percentual de respostas positivas ser 59%, o que pode ser considerado um valor aceitável, mas passível de estratégias de melhoria em todos os itens, sendo o item D2 o mais problemático, visto que apenas 46% dos profissionais reconhecem que “são incentivados a expressar outros pontos de vista”.

No que diz respeito aos “profissionais terem receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado” (D4R¹), 72% discordam e afirmam fazê-las sem qualquer receio, podendo ser considerado o ponto forte desta dimensão (valor próximo dos 75%). Com menos 13 pontos percentuais, 59% dos respondentes reafirmam que não é difícil expressar a discordância no serviço/unidade onde trabalham (D10R¹), e 60% “consideram as propostas de melhoria dos procedimentos administrativos, vindos dos colaboradores” (D1). Mais uma vez é de realçar os valores elevados da percentagem de respostas neutras cujos valores se situam entre 21% e 29%, reforçando os resultados anteriores, podendo indiciar que os respondentes simplesmente não pretenderam dar a sua opinião (gráfico 4.13 – página seguinte).

¹ Um “R” indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente” (dependendo da escala usada).



Gráfico 4. 13 - Percentual de repostas negativas, neutras e positivas da dimensão "Abertura na comunicação".

Dimensão 9 - Processos administrativos e uniformização de procedimentos - Com uma média de repostas positivas de 60%, aceitável, contudo, a carecer de intervenção para promover melhorias. Dos quatro itens, o C12R¹ poderá ser considerado o mais problemático, uma vez que apenas 35% dos profissionais consideraram que "não existem problemas com o fluxo do trabalho". Em relação aos procedimentos, e embora 71% tenha afirmado que "seguem procedimentos normalizados no seu trabalho" (C15), no que respeita à verificação desses procedimentos, "para averiguar se o trabalho é desenvolvido de forma correta", somente 61% consideram que essa verificação existe. Por último, e de acordo item C8R¹, 71% dos profissionais discordam com a afirmação do item, reconhecendo que as unidades/serviços de saúde onde trabalham são organizadas(os) (gráfico 4.14).

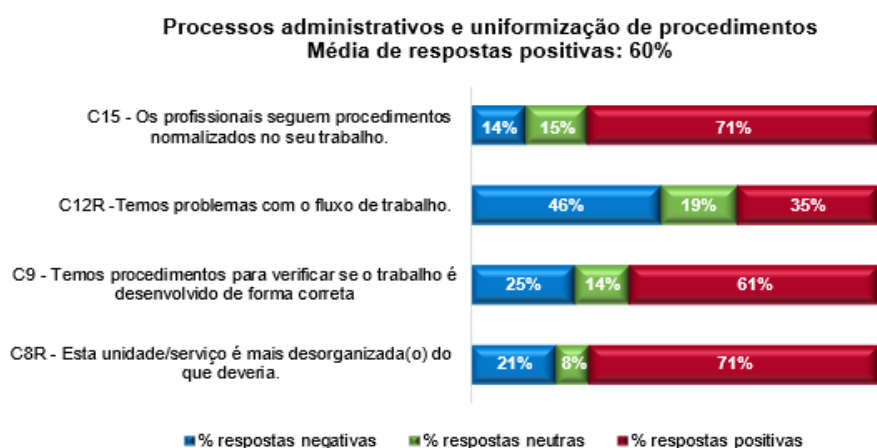


Gráfico 4. 14 - Percentual de repostas negativas, neutras e positivas da dimensão "Processos administrativos e uniformização de procedimentos".

¹ Um "R" indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de repostas positivas é baseado nas repostas "discordo fortemente" ou "discordo" ou "nunca" ou "raramente" (dependendo da escala usada).

Dimensão 10 - Pressão e ritmo de trabalho - Com uma média percentual de respostas positivas de somente 29%, todos os itens que compõem esta dimensão, foram identificados como itens problemáticos, por apresentarem valores percentuais inferiores 50%, sendo, portanto, uma dimensão fraca/frágil que carece de intervenção de melhoria. Com o valor percentual mais baixo desta dimensão, o item C6R¹, em que apenas 25% dos profissionais, consideraram que “não existem demasiados doentes/utentes face à quantidade de profissionais que prestam cuidados”, sendo de realçar os 58% que concordam com o item. Relativamente ao item C11 somente 31% dos respondentes consideram que “temos profissionais suficientes para a dar resposta à quantidade de doentes/utentes”, contrariamente a 57% dos profissionais que têm opinião contrária. No que concerne à afirmação “temos demasiados doentes/utentes para poder executar tudo de forma eficiente” (C14R¹), apenas 34% dos profissionais discordaram da afirmação. Por último o item relacionado com a pressão no trabalho, C3R¹, apenas 26% dos inquiridos discordaram da afirmação, reconhecendo que muitas vezes sentem pressão quando estão a atender os doentes/utentes (gráfico 4.15).

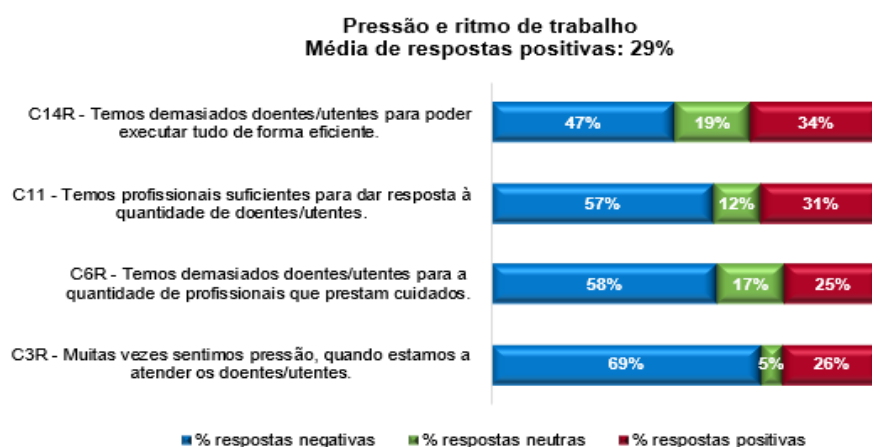


Gráfico 4. 15 - Percentual de respostas negativas, neutras e positivas da dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”.

4.3 – Análise das respostas da segurança do doente e qualidade

Na avaliação desta área, composta por nove itens, são colocadas questões relativas à qualidade e segurança do doente, em que se questiona sobre a frequência com que determinadas situações ocorreram nos últimos dozes meses, relacionadas com o “A1-acesso aos cuidados”, “A2-identificação do doente”, “A3-A4-registos e processos clínicos”, “A5-equipamento médico”, “A6-A7-medicamentos “ e “A8-A9-diagnósticos e exames complementares”. Para o cálculo da percentagem de respostas positivas, foi

¹ Um “R” indica um item colocado pela negativa, onde o percentual de respostas positivas é baseado nas respostas “discordo fortemente” ou “discordo” ou “nunca” ou “raramente” (dependendo da escala usada).

utilizada a recodificação anteriormente já mencionada, sendo a média percentual de respostas positivas, referente aos respondentes que avaliaram o item.

Com uma média percentual de respostas positivas de 88%, podemos considerar a área da Qualidade e Segurança do Doente, uma área forte da CSD nos CSP, na Marinha (gráfico 4.16 – página seguinte). É de realçar que dos nove itens, oito apresentaram valores acima dos 80%, sendo de salientar os 95% nos dois itens - A2 (identificação do doente) e A6 (medicamentos-farmácia), sendo a percentagem mais baixa 77%, registada no item A1–acesso aos cuidados.

Para um entendimento mais aprofundado, passamos de forma pormenorizada cada um dos itens explanados.

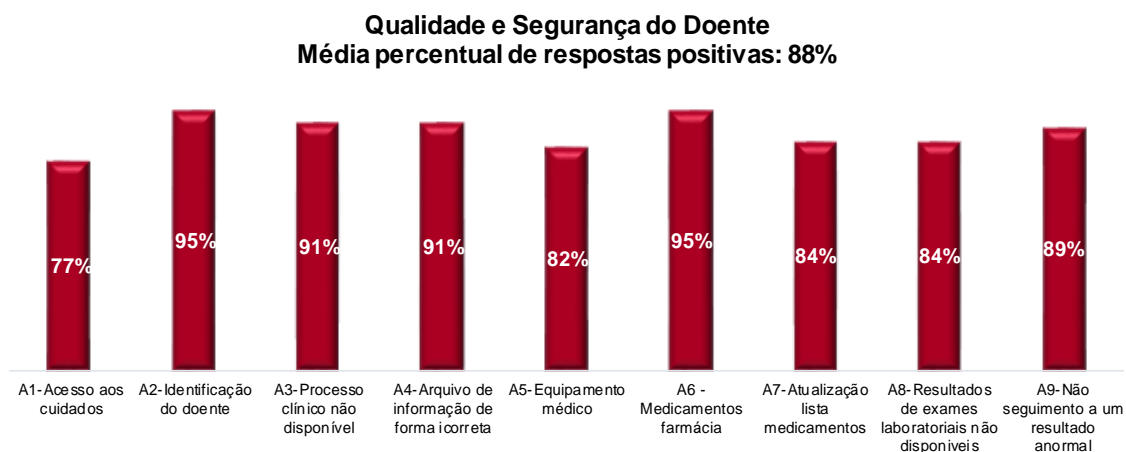


Gráfico 4. 16 - Média de respostas positivas dos 9 itens relacionados com a Qualidade e Segurança do Doente.

Acesso aos cuidados (A1) e identificação do doente (A2) - percentagens de respostas positivas de 77% e 95% respetivamente. De acordo com os respondentes 54% (A1), destacaram que nos últimos 12 meses, não aconteceu a qualquer doente não conseguir marcar uma consulta num prazo de 48 horas, quando se tratou de um problema grave ou sério. O mesmo se verificou em relação à identificação do doente (A2), em que 74% dos profissionais afirmou que nos últimos doze meses, não foi utilizado qualquer processo clínico que não pertencia ao respetivo doente, porém 19% considerou que esta situação ocorreu uma ou duas vezes nos últimos doze meses (gráfico 4.17 – página seguinte).

Acesso aos cuidados e Identificação do doente
Percentagem de respostas positivas

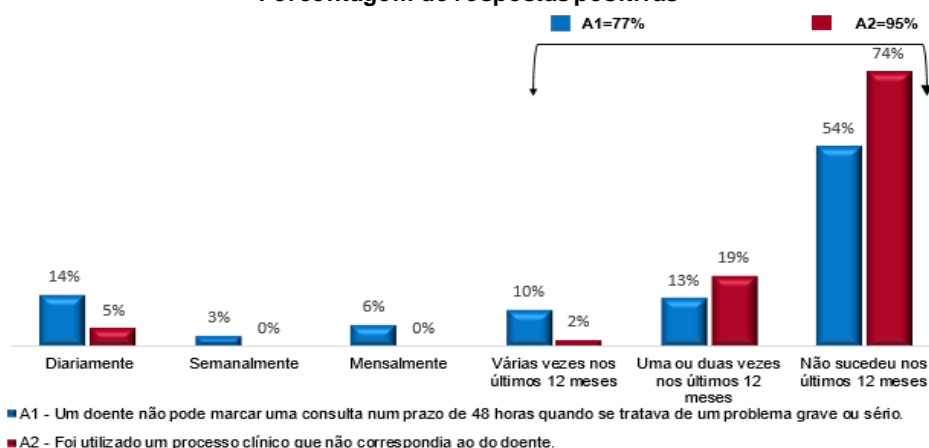


Gráfico 4. 17 - Percentagens de respostas positivas no acesso aos cuidados e na identificação do doente.

Registos e processos clínicos (A3 e A4) – ambos os itens apresentam 91% de respostas positivas. Acerca do processo clínico não estar disponível quando foi necessário (A3), 46% dos profissionais referiram que nos últimos 12 meses, não se verificou essa situação, porém é de realçar que 27% afirmaram que se verificou uma ou duas vezes nos últimos doze meses e 18% que ocorreu várias vezes nos últimos doze meses.

Situação semelhante ocorreu no que se refere ao **arquivo, digitalização ou informação clínica** introduzida no processo clínico que não correspondia ao doente em questão (A4), em que 68% dos respondentes expressaram que não sucedeu nos últimos doze meses. Contudo 23% dos profissionais consideraram que se verificou essa situação uma ou duas vezes no mesmo espaço temporal (gráfico 4.18).

Registos e processos clínicos
Percentagem de respostas positivas

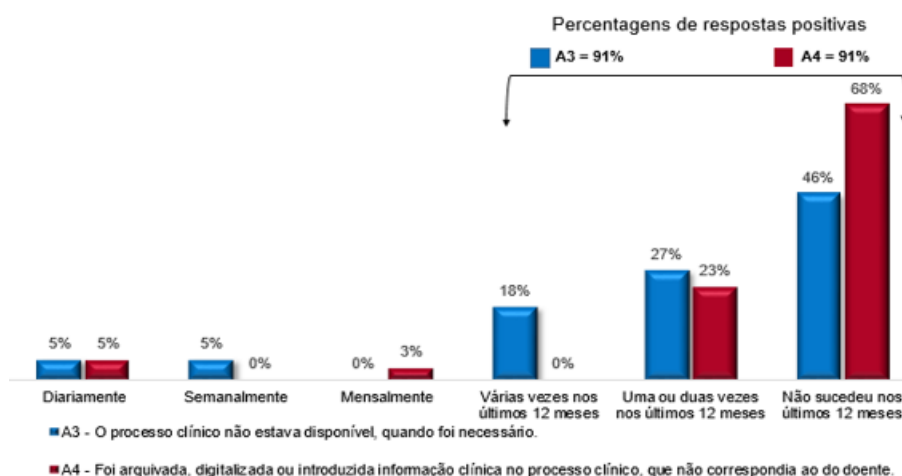


Gráfico 4. 18 - Percentagens de respostas positivas no registo e processo clínico (A3 e A4).

Equipamento médico (A5) – Com uma percentagem de respostas positivas de 82%, elevada, portanto, ainda assim, 34% dos profissionais afirmaram que uma ou duas vezes nos últimos doze meses, o equipamento médico não funcionava adequadamente ou necessitava de substituição, bem como 24% dos inquiridos consideraram que se verificou várias vezes nos últimos 12 meses (gráfico 4.19).



Gráfico 4. 19 - Percentagem de respostas positivas no equipamento médico.

Área do medicamento (A6 e A7) – relativamente a esta área, a percentagem de respostas positivas, em ambos os itens, apresenta valores elevados, 95% relativamente à questão “uma farmácia comunicou com o nosso serviço/unidade para clarificar uma receita” em que 65% dos profissionais afirmaram que esta situação não se verificou nos últimos doze meses, sendo que 17% considerou que ocorreu uma ou duas vezes nos últimos doze meses, e ainda 13% declararam que esta situação se verificou várias vezes no mesmo espaço temporal.

Com 84% de respostas positivas, a questão “a lista de medicamentos do doente/utente não foi atualizada durante a sua consulta”, 49% dos profissionais asseguraram que não sucedeu nos últimos doze meses, porém 22% considerou que aconteceu várias vezes nos últimos doze meses, e 13% uma ou duas vezes nos últimos doze meses (gráfico 4.20 – página seguinte).

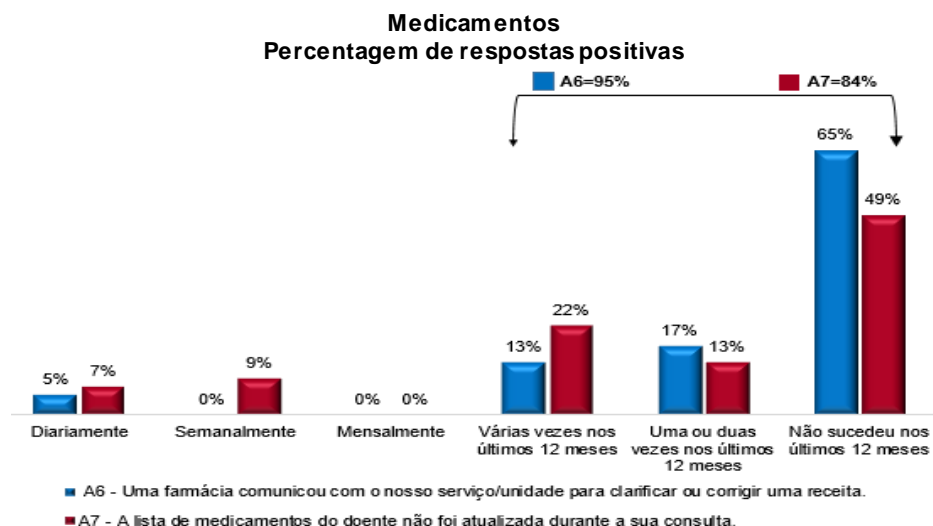


Gráfico 4. 20 - Percentagens de respostas positivas na área do medicamento.

Diagnósticos e exames complementares (A8 e A9) - no que respeita a estes parâmetros, a percentagem de respostas positivas é de 84% e 89% respetivamente. Nos últimos 12 meses, não se verificou que os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estarem disponíveis quando foi necessário (A8), afirmado por 45% dos inquiridos. Todavia, 26% expressou que a situação se verificou várias vezes nos últimos doze meses e 13%, uma ou duas vezes nos últimos doze meses. Situação semelhante ocorreu em relação, ao não ter sido dado seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem (A9), em que 53% dos profissionais afirmaram que esta situação não se verificou nos últimos doze meses, porém 18% considerou que aconteceu várias vezes no mesmo espaço temporal (gráfico 4.21).

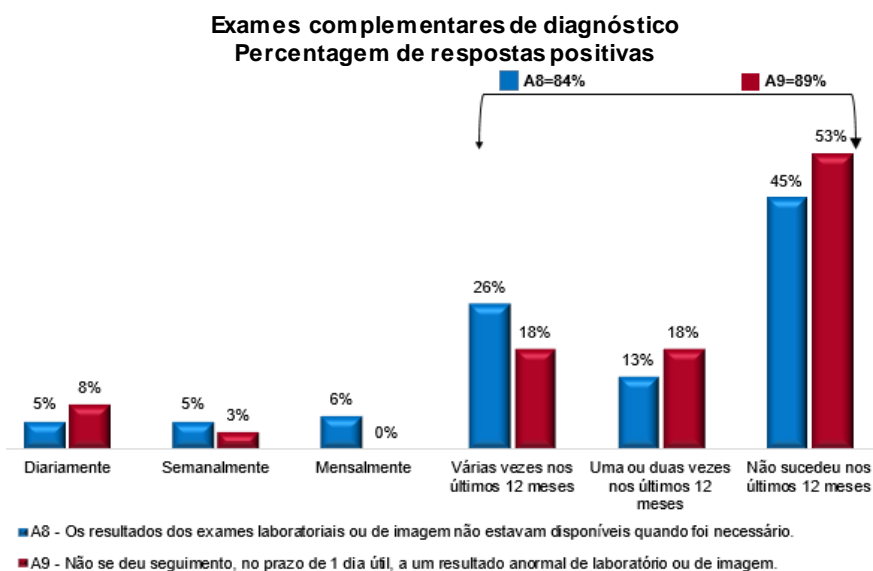


Gráfico 4. 21 - Percentagens de respostas positivas relacionadas com diagnósticos e exames complementares (A8) e seguimento do doente (A9).

4.4 – Análise das respostas da gestão e troca de informação

Perante a média percentual obtida nesta dimensão de 87% (gráfico 4.22), podemos considerá-la uma área forte na CSD nos CSP, na organização Marinha. Todos os itens que a compõem, obtiveram valores percentuais elevados que se classificam como pontos fortes, variando entre os 82% no item B2 e os 92 no item B1.

Esta situação poderá verificar-se pela facilidade de troca de informação quer com os SSM (hospital/laboratórios/unidades) ou com o Sistema Nacional de Saúde, quando essa necessidade surge pelo internamento/tratamento de um militar, assim como com a farmácia uma vez que a organização possui uma delegação farmacêutica própria.

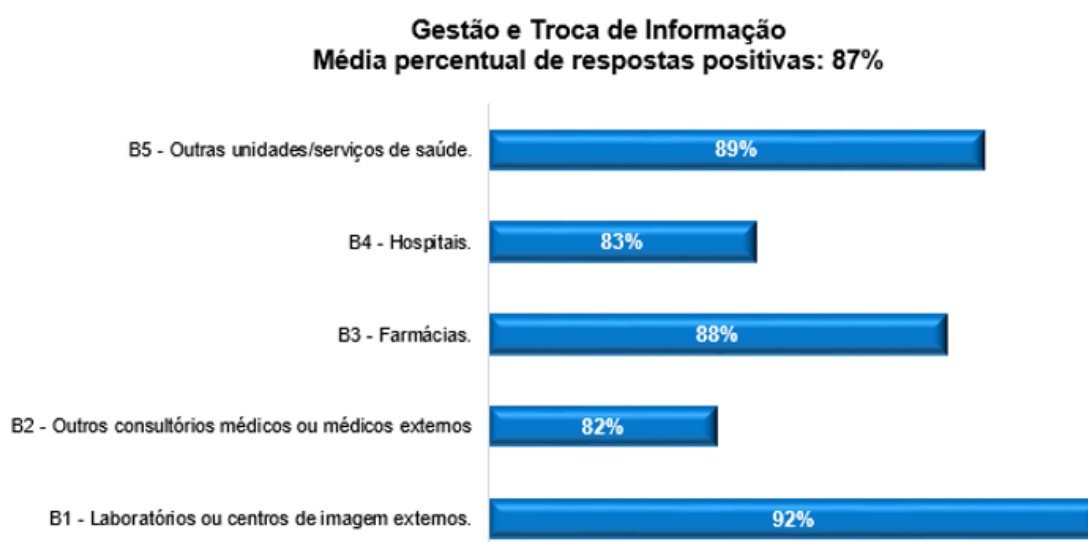


Gráfico 4. 22 -- Percentagem de respostas positivas da área de Gestão e troca de informação.

4.5 – Análise da classificação geral da qualidade dos cuidados

Para além das dimensões já avaliadas, o instrumento de recolha de dados apresenta mais duas questões: avaliação geral da qualidade dos cuidados e segurança do doente. No que respeita à avaliação geral da qualidade dos cuidados, o percentual de respostas positivas, resultante do somatório das respostas “excelente” e “muito boa”, verificou-se que em todas as áreas obteve-se resultados não superiores a 75%, sendo que desses, três itens registaram percentagens inferiores ou iguais a 50%, consideradas, portanto, como problemáticas: “eficiência” com 47%, “oportunidade” com 46%, e “centralização do doente” com 50%. A “eficácia” e a “equidade” com 61% e 62% correspondem aos itens com percentagem mais elevada (gráfico 4.23 – página seguinte).

Perante os resultados obtidos, não se considera nenhum item desta área da qualidade

como sendo forte. Ainda assim, é de realçar a equidade praticada nas unidades/serviços de saúde, que obteve a maior percentagem de respostas positivas (62%), sendo que 46% destes a considerou como excelente. Porém, foi neste item que a percentagem de respostas “Muito fraco e Fraco” foram mais elevadas (15%).

O minimizar de esperas e atrasos potencialmente causadores de danos (oportunidade) foi o aspeto da qualidade com menor percentagem de respostas positivas (46%).

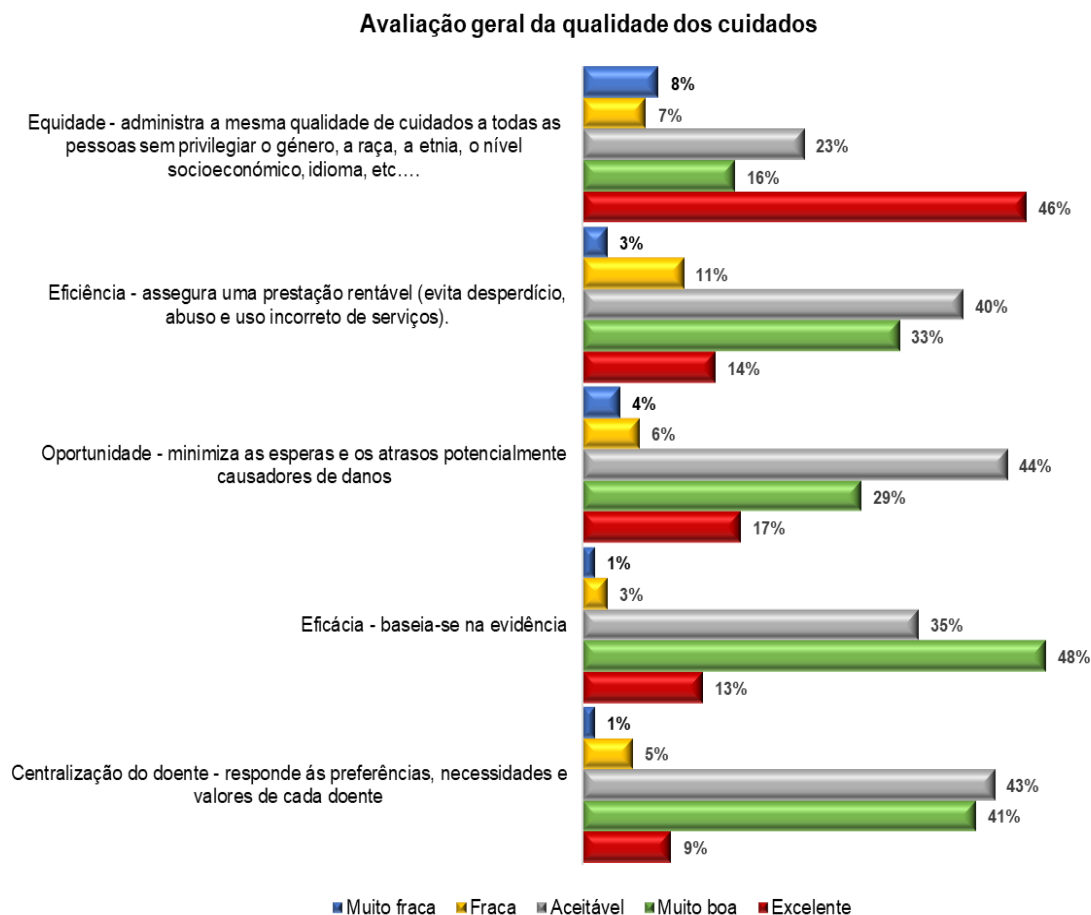


Gráfico 4. 23 - Classificações gerais da qualidade dos cuidados de saúde nos serviços/unidades de saúde, na Marinha.

4.6 – Análise da classificação geral da segurança do doente

Por último, no que diz aos sistemas e procedimentos clínicos implementados nas unidades/serviços de saúde da Marinha para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes/utentes”, a maioria dos profissionais de saúde (34%) consideraram-nos “Muito bons”, 21% como “excelentes”, 30% como “aceitáveis” e 15% como “muito fracos e fracos”, conforme gráfico 4.24 – página seguinte.

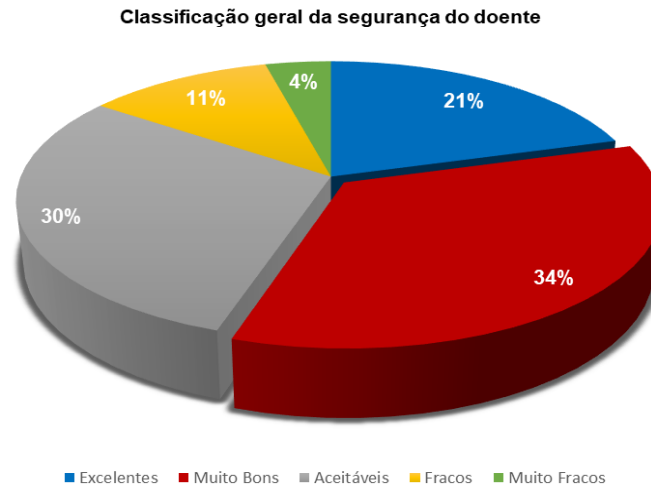


Gráfico 4. 24 - Percentagens de respostas na classificação geral da segurança do doente nas unidades/serviços de saúde, da Marinha.

4.7 - Análise estatística

Os métodos de inferência estatística permitiram aferir a associação e a correlação entre duas ou mais variáveis. O teste do Qui-quadrado serviu para testar se duas ou mais populações independentes diferem relativamente a uma determinada característica. Isto verifica se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas categorias de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica ⁽⁶⁸⁾. Um valor significativo para o qui-quadrado indica que as duas variáveis não são independentes, mas não indica o grau de relacionamento entre elas.

Por forma a dar resposta às questões de investigação, os resultados que seguidamente se apresentam resultam da análise estatística inferencial, entre a classificação geral da segurança do doente dos profissionais de saúde – grau de SD, e as variáveis em estudo, incluídas no instrumento de colheita de dados.

4.7.1 – A percepção do grau de SD difere consoante o grupo profissional (Q1).

Para avaliar se existem diferenças significativas no grau de SD – variável medida numa escala ordinal de 5 pontos: 1 – muito fracos, a 5 – excelentes – e os diferentes grupos profissionais, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, seguido de comparação múltipla das médias das ordens (para verificar em qual ou quais grupos as distribuições são significativamente diferentes). Considerou-se um nível de significância de 5%.

Após análise das frequências absolutas e relativas, revelam que genericamente o grau de SD dos profissionais de saúde, na Marinha, é considerada positivo por cerca de metade dos inquiridos de cada um dos quatro grupos profissionais (mediana), denotando-se em específico, que 40,9% dos médicos, 56,6% dos enfermeiros, 46,7% dentistas e TSDT e 87,5% dos profissionais sem IM, que consideraram os sistemas e procedimentos clínicos de segurança do doente desenvolvidos pelas suas unidades/serviços como aceitáveis e muito bons (tabela 4.4). Somente 36,4% dos médicos, 12,3% dos enfermeiros e 13,3% dos dentistas e TSDT consideraram o grau de SD como deficitários (muito fracos ou fracos) (apêndice I).

Tabela 4.4 - Descritivos do mínimo, máximo, mediana do grau de SD por grupos profissionais e teste de Kruskal-Wallis

	Grupo profissional	N	Mínimo-Máximo	Mediana (%)	Rank médio
Grupo I	Médicos	22	Muito fracos-Excelente	3 (40,9%)	61,91
Grupo II	Enfermeiros	106	Muito fracos-Excelente	4 (56,6%)	77,26
Grupo III	Dentistas e TSDT	15	Fracos-Excelente	3 (46,7%)	72,8
Grupo IV	Profissionais sem IM	8	Aceitáveis-Excelente	4 (87,5%)	104
	Total	151	Muito fracos-Excelente	4 (54,9%)	
Teste de Kruskal-Wallis			$\chi^2_{(3)}=6,213$	$p=0,102$	

TDT - Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; IM - intervenção médica

1 - Muito fracos; 2 - Fracos; 3 - Aceitáveis; 4 - Muito bons; 5 - Excelente

Perante os resultados obtidos com o teste **Kruskal-Wallis** ($\chi^2_{(3)}=6,213$; $n=151$; $p=0,102$; $\alpha=0,05$), podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas na perceção do grau de SD entre os diferentes grupos profissionais.

4.7.2 – Relação entre a perceção do grau de SD e a variável anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha (Q2).

Para a verificar a existência de correlação entre duas variáveis de tipo qualitativo ordinal - variável medida numa escala ordinal de 5 pontos: 1 – muito fracos, a 5 – excelentes - recorreu-se ao coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman - rho*. Este varia entre -1 e 1, e quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis.

De acordo com os resultados obtidos (tabela 4.5 – página seguinte) o grau de SD não apresenta uma variação conjunta (direta ou indireta) com os anos de experiência/trabalho na área da saúde na Marinha (**Spearman: rho=0,036; n=151; p=0,662; α=0,05**), verificando-se que a correlação não é estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, para o nível de significância de 5%.

Tabela 4.5 - Coeficiente de correlação de Spearman entre: anos de experiência/trabalho na área da saúde na Marinha e a CGSD

			Classificação Geral Segurança Doente	Anos de trabalho/experiência na área da saúde na Marinha
rô de Spearman	Classificação Geral Segurança Doente	Coeficiente de Correlação	1,000	,036
		Sig. (2 extremidades)	.	,662
		N	151	151
	Anos de trabalho/experiência na área da saúde na Marinha	Coeficiente de Correlação	,036	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,662	.
		N	151	151

Recorreu-se ainda ao teste não paramétrico do Qui-quadrado para a independência, de forma a testar se existe associação entre os anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha e a percepção do grau de SD (se duas ou mais populações, ou grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica).

De acordo com os resultados obtidos, e conforme observável na tabela 4.6 (página seguinte e apêndice II) verifica-se que o grupo com menos de três anos de trabalho/experiência na área da saúde, na Marinha, tendem a considerar os sistemas e procedimentos clínicos de segurança do doente/utente desenvolvidos pelas suas unidades/serviços - grau de SD - como excelentes, sendo que o grupo com 12 anos ou + anos os consideram como muito bons.

Relativamente ao grupo dos 9 aos 12 anos, os profissionais tendem a considerar a SD como sendo aceitáveis, enquanto que o grupo dos 6 aos 9 anos consideram-nos como sendo fracos. Por último, os profissionais com 3 a 6 anos, não apresentam tendência de resposta/opinião.

Tabela 4. 6 - Distribuição de frequências absolutas e relativas dos anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha por CGSD, teste Qui-quadrado e valores residuais ajustados

		Classificação Geral em Segurança do Doente					Total	
		Muito fracos	Fracos	Aceitáveis	Muito bons	Excelente		
Anos de trabalho/experiência na área da saúde, na Marinha	[0 - 3 anos[	Frequência	1	0	1	2	4	8
		Percentagem	12.5%	0.0%	12.5%	25.0%	50.0%	100.0%
		Residual Ajustado	1,2	-0,9	-0,9	-0,6	1,8	
	[3 - 6 anos[	Frequência	1	2	1	2	2	8
		Percentagem	12.5%	25.0%	12.5%	25.0%	25.0%	100.0%
		Residual Ajustado	1,2	1,2	-0,9	-0,5	0,3	
	[6 - 9 anos[	Frequência	0	4	4	0	4	12
		Percentagem	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	100.0%
		Residual Ajustado	-0,7	2,3	0,2	-2,0	1,0	
	[9 - 12 anos[	Frequência	2	1	12	6	5	26
		Percentagem	7.7%	3.8%	46.2%	23.1%	19.2%	100.0%
		Residual Ajustado	1,0	-1,1	1,5	-1,0	-0,1	
	[12 anos ou +[	Frequência	2	10	27	42	16	97
		Percentagem	2.1%	10.3%	27.8%	43.3%	16.5%	100.0%
		Residual Ajustado	-0,9	-0,3	-0,4	1,5	-0,9	
	Total	Frequência	6	17	45	52	31	151
		Percentagem	4.0%	11.3%	29.8%	34.4%	20.5%	100.0%
	Qui-quadrado		$\chi_2^{(16)} = 31,044$	$p = 0,013$				

* 18 células (72.0%) apresentam frequências esperadas inferiores a 5. A menor frequência esperada é .32.

Considerando os resultados obtidos, podemos concluir que a percepção do grau de SD, encontra-se associada (não é independente) aos anos de experiência/trabalho na área da saúde na Marinha ($\chi_2^{(16)}=31.044$; $n=151$; $p=0,013$; $\alpha=0,05$).

4.7.3 – Os profissionais que têm formação na área da SD, têm uma percepção do Grau de SD diferente, dos que não têm formação (Q3).

Para avaliar a comparação entre dois grupos independentes (formação) – variável medida numa escala nominal de 2 pontos: 1 – sim, 2 – não - relativamente a uma variável medida numa escala tipo qualitativo ordinal de 5 pontos: 1 – muito fracos, a 5 – excelentes (SD) - recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, que vai testar se a distribuição do grau de SD é diferente nos 2 grupos.

Conforme apêndice III 61,3% dos profissionais que fizeram formação e 48,7% dos que não fizeram, consideraram os sistemas e procedimentos clínicos que a sua unidade/serviço tem implementado para prevenir, detetar e corrigir problemas que

tenham potencial para afetar os doentes/utentes, como *muito bons* ou *excelentes*). Somente 14,7% dos profissionais que fizeram formação e 15,8% dos que não fizeram formação consideram esses procedimentos clínicos de segurança do doente, desenvolvidos pelas suas unidades/serviços deficitários (muito fracos ou fracos).

De acordo com a tabela 4.7, podemos concluir que o grau de SD foi considerado positivo pelos profissionais que fizeram (n=75), e pelos que não fizeram (n=76) formação na área da segurança do doente – mediana – não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (**U=2735.00; n151; p=0,656; $\alpha=0,05$**).

Tabela 4.7 - Descritivos de mínimo, máximo, mediana e rank médio da CGSD, face à formação na área da segurança do doente e teste de Mann-Whitney

Formação	N	Mínimo-Máximo	Mediana (%)	Rank médio
Sim	75	Muito fracos-Excelente	4 (61,3%)	77,53
Não	76	Muito fracos-Excelente	3 (84,2%)	74,49
Teste de Mann-Whitney U = 2735 p = 0.656				

1 - Muito fracos; 2 - Fracos; 3 - Aceitáveis; 4 - Muito bons; 5 – Excelente

4.7.4 – Os profissionais que interagem com os doentes/utentes têm uma perceção do Grau de SD diferente dos que não interagem (Q4).

Para comparar dois grupos independentes (interação com doentes) – variável medida numa escala nominal de 2 pontos: 1 – sim, 2 – não - relativamente a uma variável medida numa escala tipo qualitativo ordinal de 5 pontos: 1 – muito fracos, a 5 – excelentes (SD) - recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Da análise de frequências acumuladas (gráfico 4.25 – página seguinte) – com início na classificação excelente – revela que o grau de SD é considerado positivo (excelentes e muito bons) por cerca de metade dos profissionais que interagem (54,8%) e dos que não interagem com os doentes/utentes (56,3%).

Somente os profissionais que têm contacto com doentes/utentes, consideram os procedimentos clínicos de SD desenvolvidos pelas suas unidades/serviços deficitários, muito fracos ou fracos, nomeadamente 17%.

Interação direta, ou não com os doentes/utentes, face à percepção do grau de SD

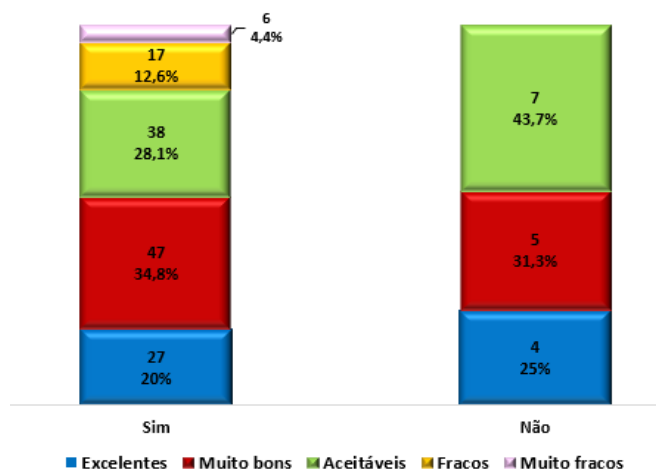


Gráfico 4.25 - Distribuição de frequências absolutas e relativas da CGSD dos inquiridos por situação face à interação com os doentes/utentes.

Da leitura do gráfico 4.25, e dos dados que constam no apêndice IV, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na percepção do grau de SD, entre os profissionais que interagem diretamente com os doentes/utentes e os que não interagem ($U=957.500$; $n=151$; $p=0,441$; $\alpha=0,05$).

4.7.5 – A CSD nos CSP dos profissionais de saúde, na Marinha Portuguesa (Q5).

Por forma a responder à questão de investigação (Q5), e de acordo com os resultados obtidos na avaliação das 10 dimensões do instrumento MOSPSC (gráfico 4.5), podemos concluir que os profissionais de saúde da Marinha Portuguesa, apresentam uma média percentual de 57% nas dez dimensões avaliadas. Embora apresente um valor positivo, deve ser implementado ações/oportunidades de melhoria, em todas as dimensões, com exceção da dimensão 1 – Trabalho em equipa, a qual poderá ser considerada como a dimensão forte da organização Marinha.

Para além das 10 dimensões avaliadas, no que respeita à qualidade e segurança do doente, e à gestão e troca de informação, em que as médias percentuais foram de 88% e 87%, respetivamente, sendo, portanto, consideradas também, duas áreas robustas, na organização.

No que respeita à classificação geral da segurança do doente, os resultados obtidos demonstram que os a maioria dos profissionais de saúde classificaram esta área como

sendo excelente e muito boa (tabela 4.8). Aproximadamente 1/3 considera-os ao nível do aceitável (30%), enquanto uma minoria de 15%, classificaram como fracos e muito fracos.

Tabela 4.8 - Distribuição de frequências absolutas e relativas da CGSD

	N	%	% Acumulada
Muito fracos	6	4,0	4.0
Fracos	17	11.3	15.2
Aceitáveis	45	29.8	45.0
Muito bons	52	34.4	79.5
Excelente	31	20.5	100.
TOTAL	151	100.0	--

(N – Frequências absolutas); (% - percentagem)

Por último, no que respeita à classificação geral da qualidade dos cuidados, todas as áreas avaliadas (equidade, eficácia, centralização do doente, eficiência e oportunidade) não apresentaram valores superiores a 75%. Dos cinco itens, três (eficiência (47%), oportunidade (46%) e centralização do doente (50%) apresentaram percentagens inferiores ou igual a 50%, consideradas, portanto, como áreas problemáticas, necessitando de ações imprescindíveis de melhoria.

4.7.6 – Pontos fortes e oportunidades de melhorias na CSD nos CSP (Q6).

De acordo com os resultados obtidos, referidos no ponto anterior, mencionam-se as dimensões e respetivas oportunidades de melhoria (tabela 4.9 – página seguinte). Com valores aceitáveis compreendidos entre os 50% e os 75%, registaram-se seis dimensões que requerem oportunidades/ações de melhoria e três que foram consideradas problemáticas, pela baixa percentagem de respostas positivas.

Tabela 4. 9 - Pontos fortes, aceitáveis e problemáticos da CSD nos CSP, na Marinha e oportunidades de melhoria

Cultura de Segurança do Doente, nos Cuidados de Saúde Primários, na Marinha		
Dimensão	Pontos fortes	Oportunidades de melhoria
D1 - Trabalho em equipa	Considerada o ponto forte, com uma média percentual de respostas positivas de 81%	Item C13 = 67% respostas positivas. Implementação de ações de formação direcionadas para o desenvolvimento do trabalho em equipa.
Dimensão	Aceitáveis	Oportunidades de melhoria
D2 - Seguimento do doente	Não apresenta nenhum ponto forte, apenas um item (D9) apresenta 72% de respostas positivas, valor, portanto próximo do ponto forte.	Média de respostas positivas 67%. Criar um mecanismo de articulação com o HFAR, de forma a que os profissionais de saúde possam ter acesso de forma rápida à informação clínica do doente/utente, isto é, implementação do processo clínico informatizado único.
D3 - Aprendizagem organizacional	Item F1 = 86% respostas positivas: "quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma como realizamos as coisas"	Média respostas positivas 68%. Desenvolver procedimentos de avaliação e verificação das mudanças efetuadas, no sentido de averiguar se as mesmas funcionaram; Implementar avaliações regulares da CSD e criar Indicadores (<i>gold standard</i>) para se proceder à avaliação da CSD.
D4 - Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	Item F4R = 79% discordaram da afirmação: "é só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os doentes/utentes"	Média respostas positivas 69%. Melhorar /implementar/criar e atualizar procedimentos, de forma a prevenir erros. Promover ações de formação sobre a SD, aumentando a sensibilidade e consciencia dos profissionais sobre o papel da CSD para um ambiente mais seguro. Implementar ações de promoção da saúde, envolvendo o doente, de forma a maior ênfase à qualidade e não há quantidade.
D7 - Comunicação acerca do erro	Percentagens oscilaram entre os 50% e os 68%.	Média respostas positivas 60% - Desenvolver mecanismos de comunicação dentro da unidade/serviço de saúde; promover uma cultura não punitiva e uma comunicação aberta sobre as preocupações de segurança, alocando recursos específicos para esta área, adequados à organização.
D8 - Abertura na comunicação	Nenhum item considerado como ponto forte. D4R apresenta um valor muito próximo dos 75%	Média respostas positivas 59%. Fomentar visitas e reuniões entre os chefes de departamento, coordenadores e profissionais de saúde, de forma a promover o diálogo, incentivando todos, a expressar os seus pontos de vista. Permitir que todos os profissionais participem na identificação e priorização de problemas de segurança.
D9 - Processos administrativos e uniformização de procedimentos	Nenhum item considerado como ponto forte. C8R e C15 apresentam um valor muito próximo dos 75% (71%), sendo o C12R o item mais crítico	Média respostas positivas 60%. Melhorar a dinamica/sequência de procedimentos necessários para o tratamento dos doentes/utentes, consubstanciando-se num workflow mais eficiente e eficaz.
Dimensão	Problemáticas	Oportunidades de melhoria
D5 - Formação e treino dos profissionais	Média de respostas positivas de 36%. As percentagem variam de 26% a 44%	Programas para a educação e formação em SD, para todos os profissionais. Formação/accompanhamento relacionada com assuntos militares, para que os profissionais fiquem aptos para o desempenho de funções fora do âmbito da sua área de formação. O mesmo deve acontecer quando se implementam novos procedimentos.
D6 - Apoio pela gestão	Média percentual de respostas positivas de 42%. As percentagem variam entre 26% a 59%	Envolver os diretores, subdiretores, chefes de departamento e coordenadores de serviços na implementação de ações/compromisso que promovam uma CSD nos profissionais de saúde, criando indicadores como forma de controlo e melhoria
D10 - Pressão e ritmo do trabalho	Média percentual de respostas positivas de 29%. As percentagem variam de 25% a 34%	Ajustar a capacidade de respostas dos profissionais, adequando tanto os períodos de trabalho assistencial como os períodos de marcação de consultas; Criar estratégias para aumentar os recursos humanos na área da saúde.

Para além das dimensões referidas anteriormente, foram avaliadas quatro áreas da qualidade (tabela 4.10): “qualidade e segurança do doente”, “gestão e troca de informação”, “classificação geral da qualidade e dos cuidados” e “classificação geral da “SD”.

Tabela 4. 10 - Áreas respeitantes às áreas da qualidade

Área	Resultados - Pontos fortes
Qualidade e segurança do doente	Todos os itens (9), foram considerados como pontos fortes, apresentando uma média percentual de respostas positivas de 88%, que variaram de 77% a 95%.
Gestão e troca de informação	Os 5 itens foram considerados como pontos fortes, apresentando uma média percentual de respostas positivas de 87%, que variaram de 81% a 91%.
Área	Resultados - Pontos aceitáveis
Classificação geral da qualidade dos cuidados de saúde	Como itens aceitáveis desta área, destacamos a Equidade com 62% de respostas positivas (excelente e muito boa), seguindo-se a Eficácia com 61%. Considerados como itens problemáticos , a Oportunidade com 46%, a Eficiência com 47% e a Centralização do doente com 50% - requerem ações de intervenção de forma mais emergente.
Classificação Geral da segurança do doente	A maioria dos profissionais de saúde consideraram SD na sua unidade/serviço como "Muito bons" e " Excelentes " com 34% e 21%, respetivamente, e ainda 30% considerou como sendo " Aceitaveis ". Apenas 15% dos inquiridos, consideraram como sendo fracos (11%) e muito fracos (4%).

A “qualidade e segurança do doente” e a “gestão e troca de informação”, com 88% e 87%, respetivamente de respostas positivas, consideradas, portanto, áreas fortes na organização Marinha.

Relativamente à “avaliação geral da qualidade dos cuidados” nos seus pontos de “equidade (62%) e eficácia (61%)”, e na “classificação geral da segurança do doente” com 51% dos profissionais a considerar os procedimentos para a SD como “muito bons ou excelentes”, embora valores aceitáveis, beneficiaram de ações de melhoria.

Por fim as áreas problemáticas, com valores iguais ou inferiores a 50% a “oportunidade” (46%) e a “eficiência” (47%) e centralização do doente (50%) na área da avaliação geral dos cuidados de saúde, que embora sejam valores próximo dos 50%, necessitam de ações necessárias de melhoria.

Capítulo V - Discussão de Resultados

Pretende-se analisar e interpretar os resultados obtidos, procurando confrontá-los com outros estudos existentes, e para isso, pesquisaram-se estudos realizados em Portugal, nomeadamente nas Forças Armadas (FA's), que tivessem recorrido a instrumentos de recolha de dados que avaliassem a CSD. Da pesquisa efetuada, verificou-se a existência de um estudo realizado no Hospital das Forças Armadas⁵⁶, utilizando o instrumento definido pela AHRQ - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*-HSPSC. Como os instrumentos utilizados, no estudo do HFAR e neste estudo de investigação, foram desenvolvidos pela AHRQ, partilhando, portanto, conceções e possibilitando a confrontação de resultados, dentro das dimensões e/ou pressupostos semelhantes. Para esta análise e discussão dos dados obtidos, também foi considerado o estudo realizado pela DGS³⁸, em unidades de saúde de cuidados primários no continente e ilhas.

Este estudo, realizado na Marinha Portuguesa é pioneiro em Portugal, uma vez que até à data da aplicação deste instrumento de avaliação, não foram encontrados resultados, nesta área de prestação de cuidados. Segundo AHRQ, as pesquisas sobre CSD são fontes relevantes de informação para as organizações de saúde que se esforçam para melhorar a SD e, podem usá-las, como um ponto de partida para o planeamento de ações, por forma a alcançar mudanças na cultura⁶⁴. A aplicação deste instrumento de recolha de dados, pode ser considerado um meio de educação e consciencialização dos profissionais de saúde, na Marinha, para os problemas relativos a esta temática.

Através da determinação do coeficiente de *Alfa de Cronbach*, confirmou-se que o instrumento utilizado, nesta população específica, apresentava um elevado índice de consistência interna, tornando-se um instrumento fiável, onde todos os itens estariam a medir os mesmos constructos.

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, constatou-se que sua maioria pertence ao género masculino (64%), consequência de os efetivos militares, serem ainda, em maior número pertencentes a este género, resultado este, oposto ao estudo realizado no HFAR, em que o género feminino prevaleceu (57%). Esta caracterização é desconhecida no estudo da DGS.

No que respeita à idade, 38% encontra-se na faixa etária dos 39 aos 47 anos, sendo

transversal nos dois estudos, isto é, 29% representam profissionais acima dos 45 anos no estudo do HFAR e 31% na faixa etária dos 36 aos 45 anos, no estudo da DGS.

Os profissionais de saúde, são militares na Marinha há pelo menos 17 anos, correspondendo a 66% das respostas, e desempenham funções na área da saúde há pelo menos 12 anos, o que corresponde a 64% dos inquiridos, sendo este resultado também transversal aos dois estudos analisados. Estes valores refletem, estabilidade quanto ao local/organização de trabalho dos profissionais, bem como, experiência profissional.

O grupo profissional em maioria foram os enfermeiros, com uma percentagem de 70% de respostas, seguidos dos médicos com 15% e dos dentistas e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica com 10%. Estes resultados são compatíveis com o estudo DGS, onde os enfermeiros representam o grupo profissional mais participativo (40%) seguidos dos médicos (31%), e com o estudo do HFAR, onde apenas foram incluídos na amostra os enfermeiros (73%) e os médicos (25%).

Os profissionais de saúde militares, prestam serviço em três unidades distintas, sendo neste estudo as unidades em terra as que mais participaram (64%), seguido da unidade hospitalar com 28% e por fim as unidades navais com 9%. Relativamente ao grau académico, o mais presente nos profissionais (60%) é o grau de licenciado, 38% de mestre e apenas 2% com escolaridade obrigatória.

No que respeita à interpretação das médias percentuais dos itens que compõem cada dimensão, permitiu identificar de forma pormenorizada os pontos fortes, aceitáveis e problemáticos, já descritos no capítulo anterior. Perante os resultados obtidos, onde se apurou uma média entre as dimensões de 57%, podemos concluir que a CSD nos CSP, dos profissionais de saúde, na Marinha, requer ações de melhoria em todas as dimensões avaliadas.

Destacam-se como pontos fortes na organização, o trabalho em equipa com 81% de respostas positivas, e as áreas da “qualidade e segurança do doente” com 88% e a “gestão e troca de informação” com 87%, portanto, consideradas as áreas robustas da CSD nos CSP na Marinha.

Na tabela 5.1 (página seguinte), reflete o resultado da avaliação das 10 dimensões

obtidas no nosso estudo e nos estudos realizados pela DGS e no HFAR.

Tabela 5.1 – Percentagem de respostas positivas nos diferentes estudos.

Dimensões	Marinha-2019 MOSPSC	DGS-2015 MOSPSC	HFAR-2012 HOSPSC
1. Trabalho em equipa	81%	76%	82%
2. Seguimento do doente	67%	77%	
3. Aprendizagem organizacional	68%	72%	65%
4. Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente	69%	70%	57%
5. Formação e treino dos profissionais	36%	46%	
6. Apoio pela gestão de topo	42%	29%	34%
7. Comunicação acerca do erro	60%	55%	59%
8. Abertura na comunicação	59%	54%	67%
9. Processos administrativos e uniformização de procedimentos	60%	54%	
10. Pressão e ritmo de trabalho	29%	21%	

Perante os resultados obtidos neste estudo, explanados no capítulo anterior, relativamente à análise das dimensões avaliadas, e tendo como confrontação os estudos da DGS e do HFAR (tabela 5.1) a dimensão forte, **Trabalho em equipa** é coincidente com o estudo do HFAR (82%), sendo que relativamente ao estudo da DGS, esta dimensão apresenta um valor ligeiramente mais baixo (76%). A ter em conta que as atividades realizadas nas unidades/serviços de saúde são desenvolvidas por equipas multidisciplinares, formadas por pessoas com conhecimentos distintos, que colaboram entre si, o que promove com que o trabalho em equipa influencie o comportamento dos profissionais de saúde em relação à SD. Os valores de disciplina, lealdade, honra, integridade, coragem e camaradagem, estão presentes em todos os profissionais da Marinha, e refletem-se nas suas atitudes e ações, o que neste estudo, poderá justificar a percentagem elevada nesta dimensão.

No gráfico 5.1 (página seguinte), podemos verificar a evolução e tendência de respostas das dez dimensões avaliadas pelo instrumento de recolha de dados, deste estudo e dos dois estudos (HFAR e DGS), por dimensão. Como é constatado, não se observam diferenças significativas entre eles, demonstrando uma tendência de respostas semelhantes, quer nas dimensões consideradas problemáticas, quer nas aceitáveis.

Tendência de respostas nos três estudos, por dimensão do questionário MOSPCS

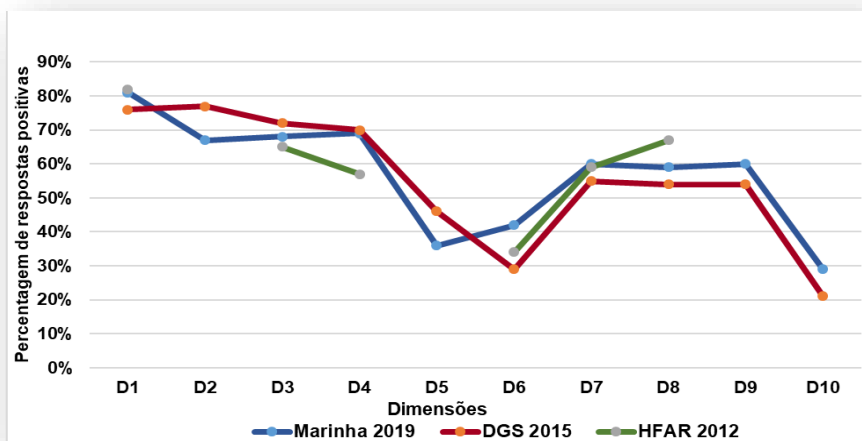


Gráfico 5. 1 - Percentagens de respostas positivas por dimensões da qualidade nos diferentes estudos.

Consideradas como dimensões aceitáveis (percentagem positiva entre 50% e os 75%), verificámos que das seis dimensões neste estudo, cinco delas são coincidentes com o estudo da DGS e quatro com o estudo do HFAR, que passamos a referir:

- “D2–Seguimento do doente” (67%) no nosso estudo, registámos menos dez pontos percentuais do que no estudo da DGS (77%) em que esta dimensão foi considerada como forte. Este construto não foi avaliado no estudo do HFAR.
- “D3–aprendizagem organizacional” (68%), o valor obtido neste estudo, é semelhante ao encontrado no estudo do HFAR (65%), mas ligeiramente inferior ao da DGS que apresenta 72% de respostas positivas.
- “D4–Perceções gerais sobre a qualidade e a SD” (69%), valor semelhante ao estudo da DGS (70%), mas com 12 pontos percentuais superiores ao resultado apresentado no HFAR (57%).
- “D7-comunicação acerca do erro” (60%) e “D8-abertura na comunicação” (59%), registou-se valores ligeiramente superiores relativamente ao estudo da DGS (55% e 54% respetivamente), mas ligeiramente inferiores ao resultado obtido no HFAR (59% e 67%). Sendo a comunicação fundamental para qualquer equipa, claramente, os canais de comunicação necessitam ser melhorados, para que os profissionais sejam incentivados a expressar os seus pontos de vista, tanto entre pares como com a chefia direta, tendo esta um papel fundamental na manutenção de um ambiente que permita a comunicação, em prol da melhoria dos cuidados prestados.
- “D9-processos administrativos e uniformização de procedimentos”, com valor de 60%, de respostas positivas, as ações de melhoria devem incidir principalmente no estabelecimento de um circuito de trabalho eficaz (35%), assim como na verificação da precisão do trabalho realizado (61%). No estudo da DGS registou valor percentual

de respostas positivas ligeiramente inferior (54%), mas de forma semelhante, estes dois itens correspondem também aos valores mais baixos na dimensão, sendo respetivamente 26% e 58%.

Relativamente às dimensões consideradas problemáticas, identificaram-se três, com médias percentuais inferiores a 50%, necessitando, portanto de intervenção prioritária. Conforme gráfico 5.1 (página anterior), a tendência de resposta manteve-se semelhante ao nosso estudo, em que apresentou como dimensões consideradas prioritárias a “pressão e ritmo de trabalho”, seguida do “apoio pela gestão de topo” e por último “a formação e treino dos profissionais”:

- **“D10-Pressão e ritmo do trabalho”** (29%) - Estes resultados representam aspetos da qualidade que necessitam de medidas urgentes de melhoria por forma a minimizar os seus efeitos (quer nos doentes/utentes, quer nos profissionais). Os 29% de percentagem de respostas positivas atribuídos pelos profissionais de saúde neste estudo, refletem a insatisfação e sobrecarga de trabalho. Quando 69% dos profissionais de uma organização assumem sentir pressão quando estão a atender os doentes/utentes (C3R) e 58% afirmam que “temos demasiados doentes/utentes para a quantidade de profissionais que prestam cuidados” (C6R), e 57% discorda da expressão “temos profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de doentes/utentes”, torna-se urgente analisar e mudar esta realidade. Situação semelhante se verificou no estudo da DGS.
- **“D6-Apoio pela gestão de topo”** - é de salientar que apenas nove profissionais com responsabilidades de direção ou de decisões de ordem económica participaram neste estudo. Com 42% de respostas positivas, esta dimensão carece de intervenção de melhoria, o que também se verificou no estudo da DGS (29%) e no estudo do HFAR (34%). Nesta dimensão a ênfase deverá ser dado ao envolvimento dos diretores, subdiretores, chefes de departamento e coordenadores dos serviços na implementação de ações de sensibilização dos profissionais para esta temática. Sem dúvida, que deverão ser estes os profissionais que devem assumir o comando dos processos relativos à segurança, definindo estratégias para transformar a cultura atual, numa cultura de mudança e de melhoria, dando prioridade aos processos de cuidado do doente/utente, tendo por base o que é melhor para estes.

- **“D5-Formação e treino dos profissionais”** – valores inferiores a 50% nos seus três itens, e uma percentagem de respostas positivas de apenas 36%, indiciam uma dimensão a requerer melhorias. A maioria dos profissionais afirmaram que são chamados a desempenhar funções para as quais não tiveram formação, sendo este item o mais baixo no estudo da DGS. Esta situação, tal como já referenciado anteriormente, poderá dever-se ao facto de os profissionais de saúde, para além de sê-lo, são militares, que têm incumbências relacionadas com essa vertente e para o seu desenvolvimento, não têm formação ou acompanhamento na realização dessas tarefas.

No que respeita à análise das áreas **“Segurança do Doente e da Qualidade”** e da **“Gestão e Troca de Informação”**, registámos uma média percentual de respostas positivas de 88% e 87% respetivamente, sendo este resultado semelhante ao estudo da DGS (2015) que apresentou 87% e 88% respetivamente. Posto isto, estas duas áreas são consideradas também como fortes na CSD nos CSP, na organização Marinha. Dos seus nove itens, na área da “segurança do doente e da qualidade”, oito apresentam valores acima dos 82%, verificando-se apenas no item “um doente não pode marcar uma consulta num prazo de 48 horas quando se tratava de um problema grave ou sério” em que se verificou 77% de respostas positivas. Situação semelhante se verifica na área “gestão e troca de informação” em que todos os seus cinco itens apresentam valores acima dos 81% de média percentual, de forma idêntica ao estudo da DGS.

Relativamente à área da **“Avaliação Geral da Qualidade dos Cuidados”**, a maioria dos profissionais classificou a **“centralização do doente”** (50%), a **“oportunidade”** (46%) e a **“eficiência”** (47%) como itens problemáticos, uma vez que apresentam valores percentuais inferiores ou iguais a 50%. No que se refere à **“eficácia”** (61%) e à **“equidade”** (62%) obteve-se os valores mais elevados, considerados aceitáveis. Nesta área não se evidenciou nenhum ponto forte, mas sim cinco pontos para ações de melhoria.

Tais resultados diferem dos obtidos no estudo da DGS (2015), em que todos os itens obtiveram percentagens superiores, e acima dos 50%, sendo que, o item da **“equidade”** obteve 77% de respostas positivas, tendo sido por isso considerado um ponto forte. Os restantes obtiveram resultados de 53% **“eficiência”**, 52% **“oportunidade”**, 55% **“eficácia”** e 58% na **“centralização do doente”**.

Por fim, o grau de **segurança do doente** na organização, foi considerado por um número significativo de profissionais de saúde (55%) como **“muito bom ou excelente”**

seguindo-se de menos de metade (30%) que consideram como “aceitável”, e apenas 15% considerou, como sendo “muito fracos e fracos”.

Resultados semelhantes ao estudo da DGS (2015), em que a maioria dos inquiridos (51%) tem uma percepção positiva do grau de SD, tal como ao resultado do estudo do HFAR, em que mais de metade dos profissionais (59%) consideraram como “muito bons e excelente”, sendo que 30% consideraram como “aceitáveis”.

Quanto à análise estatística das variáveis em estudo, e por forma a dar resposta aos objetivos e questões de investigação, verificámos que não existência de correlações, associações e diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo, nomeadamente, grupo profissional, ter ou não formação na área da SD, interação ou não direta com os doentes/utentes relativamente à percepção do grau de SD. Foram aplicados os testes de *Kruskal-Wallis*, *Mann-Whitney*, Coeficiente de correlação de *Spearman*, e mediante a análise dos resultados obtidos constatou-se que as questões não foram estatisticamente significativas, de acordo com o nível de significância de 5%.

No que respeita à variável “anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha”, face à percepção dos profissionais do grau de SD, realizou-se o teste do Qui-quadrado para a independência. Verificámos a existência de evidência estatisticamente significativa associada à avaliação que os profissionais de saúde atribuíram aos sistemas e procedimentos clínicos que as suas unidades/serviços têm estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes/utentes, consoante os anos de experiência/trabalho na área da saúde. Verificámos também que a opção “fraco” foi selecionada pelos profissionais de saúde com 6 a 9 anos de experiência profissional, e que os profissionais com 12 ou mais anos de experiência a considerarem como sendo “muito bons”.

Na pesquisa efetuada, e também nos estudos mencionados anteriormente (DGS e HFAR), não cruzam as características sociodemográficas da população com as variáveis do instrumento de medida, ficando apenas na análise e discussão das dimensões do instrumento de avaliação. Também por esta razão, os nossos resultados não serão alvo de confrontação, por não existirem estudos na área da CSD nos CSP, que procurem respostas para questões de investigação com estas variáveis, por isso mesmo, sempre que possível foram constatadas as evidências.

Sob o ponto de vista organizacional, as soluções terão de ser globais para a SD, com todos os níveis envolvidos, através de soluções, fluindo de baixo para cima e de cima para abaixo, com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de reporte e de feedback⁶⁸.

Os resultados obtidos evidenciam que a SD na organização Marinha Portuguesa, carece de ações de melhoria praticamente em todas as dimensões. Embora com valores aceitáveis, estas dimensões poderão ser alvo de intervenções com o objetivo de promover ações e oportunidades de melhoria com o intuito de um maior desenvolvimento da aprendizagem organizacional. Melhorar as tecnologias da informação, não é suficiente, torna-se indispensável a criação de grupos/equipas de trabalho coesos/unidos e disciplinados, constituídos por profissionais aptos, competentes e dedicados, seguindo procedimentos/manuais de boas práticas, que garantam os melhores resultados possíveis.

É de salientar que existe a necessidade de sensibilização e divulgação dos conceitos relativos à CSD bem como das dimensões que a influenciam. Esta situação revela-se necessária, não pelo desinteresse ou desmotivação dos profissionais de saúde que se comprometem com a prestação de cuidados seguros, mas pela sensibilidade e complexidade inerente à temática. Os resultados obtidos, e que aqui se apresentam, ao exporem as limitações (recursos humanos, pressão e ritmo de trabalho, apoio pela gestão de topo, formação e treino dos profissionais) e os pontos fortes (trabalho em equipa, áreas da qualidade e segurança dos doentes, área da gestão e troca de informação) são naturalmente um contributo para a segurança dos doentes/utentes.

Capítulo VI – Conclusões e Prespetivas Futuras

No nosso quotidiano a SD constitui uma prioridade para todos os sistemas de saúde, preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Avaliar a cultura das instituições de saúde, utilizando questionários e abrangendo todos os profissionais, constitui uma das indicações das organizações internacionais e nacionais para melhorar a CS. Só depois de se conhecer a cultura existente, pode-se planear e aplicar as medidas de melhoria.

Este estudo revelou/conheceu a CSD nos CSP dos profissionais de saúde, na Marinha portuguesa. Aplicado a uma população de 272 profissionais de saúde, obtivemos uma amostra com 151 respostas. A faixa etária mais participativa foi a dos 39 a 47 anos de idade, sendo que na sua maioria são militares há mais de 17 anos e trabalham na área da saúde há pelo menos 12 anos. O grupo profissional mais participativo foi o grupo dos enfermeiros (70%), seguido dos médicos (15%), e a maioria dos respondentes encontram-se a prestar serviço nas unidades em terra (64%), 60% têm o grau de licenciado e 38% de mestre.

Tendo em conta os objetivos propostos neste estudo, consubstanciando-nos nos resultados obtidos e analisando as dimensões que avaliaram a CSD nos CSP, é possível concluir que os profissionais de saúde, na Marinha Portuguesa, apresentam uma média percentual, das dez dimensões avaliadas de 57%. Valor aceitável, mas a necessitar de ações de melhoria, respondendo assim à questão de investigação (Q5 e Q6) e conseqüentemente ao objetivo geral.

A CSD percecionada pelos profissionais de saúde, apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria com diferentes graus de prioridade (tabela 4.9 e 4.10. – Capítulo IV). Com a presente investigação, consideramos relevantes os resultados obtidos em relação ao “Trabalho em equipa (81%)” conjuntamente com a áreas da “Qualidade e segurança do doente (88%)” e da “Gestão e troca de informação (87%)”, que constituem os pontos fortes da CSD nos CSP na organização Marinha Portuguesa.

Podemos considerar que a positividade da dimensão “trabalho de equipa” é um bom indicador da capacidade da organização e das equipas desenvolverem estratégias para alcançar melhores resultados. A considerar que a comunicação nas equipas é fundamental para criar um clima de confiança, que estimule os profissionais a encontrarem formas de ultrapassarem as dificuldades.

Em contraposição o “Seguimento do doente (67%)”, a “Aprendizagem organizacional (68%)”, as “Perceções gerais sobre a qualidade e segurança do doente (69%)”, a “Comunicação acerca do erro (60%)”, a “Abertura na comunicação (59%)” e os “Processos administrativos e uniformização de procedimentos (60%)”, obtiveram valores aceitáveis, contudo a beneficiar com intervenção de ações/oportunidades de melhoria.

Por fim, as dimensões com menor média de percentagem de respostas positivas, consideradas problemáticas por apresentarem valores inferiores a 50%, e por isso, a necessitar de focalização e desenvolvimento de ações de melhoria, com elevado grau de prioridade, obtivemos a “Formação e treino dos profissionais (48%)”, o “Apoio pela gestão de topo (34%)” e a “Pressão e ritmo de trabalho (29%)”.

Tendo presente os resultados obtidos, neste estudo, nas áreas da avaliação geral da qualidade dos cuidados e da segurança do doente, concluímos que:

- Relativamente à qualidade dos cuidados, os profissionais de saúde na Marinha, consideraram a eficiência (47% - prestação rentável evitando o desperdício), a oportunidade (46% - minimizando as esperas e os atrasos) e a centralização do doente (50% - necessidades e valores de cada doente) como áreas problemáticas, sendo que a eficácia (61% - baseia-se na evidência) e a Equidade (62% - mesma qualidade de cuidados para todos) como sendo áreas aceitáveis.
- No que respeita ao grau de SD que corresponde aos sistemas e procedimentos clínicos, desenvolvidos pelas suas unidades/serviços, a maioria dos profissionais de saúde na Marinha, que participaram neste estudo (55%), classificaram-nos como “muito bons ou excelentes”, pelo que se pode concluir que apresentam uma percepção positiva relativamente à sua CSD. Apenas 1/3 dos inquiridos consideraram o grau de SD ao nível do aceitável (30%), enquanto uma minoria de 15%, classificaram estes sistemas e procedimentos clínicos como deficitários (11% - Fracos e 4% - Muito Fracos).

Mediante a análise das relações existentes entre as variáveis sociodemográficas, nomeadamente: o “Grupo profissional”, o facto de “Ter ou não, formação na área da SD” e a “Interação direta com os doentes” e o grau de SD, verificou-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas. Resultado diferente se verificou entre a variável “anos de experiência/trabalho na área da saúde” face ao grau de SD, onde se registou diferenças estatisticamente significativas entre grupos, demonstrando a

existência de associação entre elas.

Os resultados nas diferentes dimensões constituem uma oportunidade de aprendizagem e devem ser considerados um ponto de partida para futuras ações ao nível interno. Isto é, a avaliação da CSD dos profissionais, não é um fim em si mesmo, mas sim, o início de um processo que se pretende que seja de melhoria contínua e que permita, a todos os serviços/unidades de saúde, fazer face aos desafios constantes da prestação de cuidados. A qualidade em saúde, é indiscutivelmente inseparável da SD, pois cuidados de saúde seguros, estimulam a qualidade que cada vez mais, o doente/utente procura nos serviços/unidades de saúde.

Os prestadores de cuidados devem assumir a SD como um elemento basilar na prestação de cuidados, reconhecendo assim, sua importância na CO. Quando uma organização tem uma cultura que se baseia na SD, tendencialmente promove o desenvolvimento e implementação de programas, que se refletem na qualidade dos cuidados, traduzindo-se no aumento da eficácia dos mesmos e consequentemente na satisfação dos doentes/utentes, portanto, no aumento dos ganhos em saúde. Assim, as organizações devem conhecer a sua Cultura e identificar indicadores por forma a intervir nas áreas e pontos a melhorar na SD.

Um maior empenho dos “gestores” de topo, quer no investimento em programas da SD, quer no desenvolvimento e divulgação dos resultados de estudos, bem como no reconhecimento das boas práticas, poderão criar soluções possíveis de serem aplicadas em todas as unidades/serviços de saúde da organização, incentivando o desenvolvimento de uma CO sustentada na SD. Avaliar a CSD segundo a perspetiva dos profissionais que trabalham nas organizações de saúde, é uma estratégia válida e pertinente para se iniciar o trabalho no domínio da segurança em saúde.

Após a conclusão deste estudo, torna-se pertinente expor algumas sugestões direcionadas para a formação, para a gestão, e para a investigação:

- Para a formação: tendo em conta os resultados obtidos, estes podem servir para a melhoria da CSD na Marinha, considerando o desenvolvimento de um plano de formação na área da SD, com vista à sensibilização dos profissionais e ao aumento da consciencialização destes, sobre esta temática, de forma a melhorar o desempenho profissional. Formações nas áreas extra saúde, em que os profissionais são solicitados a desempenhar, divulgação das melhorias implementadas, promoção de discussão de situações diversas e participação dos profissionais na identificação de soluções para

os problemas identificados, são medidas a considerar.

- Ao nível da gestão: o papel das chefias nas organizações de saúde, onde a liderança tem um papel fundamental encontra-se associada a melhores comportamentos de segurança, por parte dos profissionais. As chefias intermédias devem ter papel fundamental na promoção dos cuidados prestados aos doentes/utente, pela sua capacidade de liderar as equipas de profissionais, motivando-os, e promovendo um ambiente justo, com os canais de comunicação abertos e como estímulo ao *feedback*, no sentido de desenvolver e melhorar as estratégias existentes com vista a uma CSD atual e centrada nos cuidados. Auscultar a opinião dos doentes/utentes e dos profissionais mediante avaliações periódicas da qualidade e satisfação com os serviços prestados, deverá ser uma medida a realizar periodicamente.
- No que concerne a novas investigações: tendo em conta que os resultados obtidos poderão viabilizar a implementação de estratégias de melhoria, sendo este um passo importante na promoção da CSD nesta organização, que é a Marinha. Para além disso, poderão servir de ponto de partida para a realização de outros estudos, que permitam comparar resultados entre os três ramos das Forças Armadas, aliando os pontos fortes e fracos identificados, com vista á implementação de medidas de melhoria, na SD para que num futuro próximo possam ser desenvolvidas e implementadas normas, que visem dar resposta às metas nacionais e internacionais, tendo sempre como objetivo máximo a melhoria da prestação dos cuidados.

Os resultados obtidos poderão ser considerados potenciais indicadores da cultura da organização Marinha, denunciando a necessidade de desenvolvimento de ações promotoras de uma CSD. Muito há ainda a fazer, na divulgação dos conceitos relativos à CSD, e das componentes que a influenciam, na sensibilização e consciencialização dos profissionais de saúde, para a importância desta temática.

Por último, a realização deste estudo foi uma experiência enriquecedora, pelo facto de ser um estudo pioneiro nas Forças Armadas Portuguesas, e na medida em que os objetivos propostos foram cumpridos, permitindo ao mesmo tempo adquirir e consolidar conhecimentos sobre a temática e obter informação útil para a implementação de melhorias na CSD nos CSP, na Marinha Portuguesa.

Capítulo VII - Limitações do estudo

Enquanto estudo de investigação científica, este trabalho apresenta algumas limitações. Estas surgem associadas essencialmente à elevada taxa de respostas neutras na maioria das questões, o que acaba por não ser favorável a uma análise mais objetiva das respostas. Poderá significar que ou os profissionais, não têm uma opinião formada sobre a pergunta ou têm receio de responder o que pensam, por eventual receio em serem identificados e penalizados, o que de alguma forma, vem no sentido da cultura punitiva identificada (D7).

O facto de a taxa de adesão ter sido de 55,5%, poderá estar relacionada com a plataforma questionários online da Marinha, a qual foi utilizada para a recolha de dados, uma vez que apenas permite o envio para a conta pessoal institucional do profissional. Uma vez que nos locais de trabalho, os militares trabalham com uma conta institucional correspondente ao cargo que desempenham, não acedendo de forma regular, à conta pessoal.

Também o espaço temporal para a recolha de dados, mês de dezembro, não ter sido favorável, em virtude de ser um mês atípico, com gozo de férias e ausências dos serviços. Por esta razão, o questionário foi enviado uma segunda vez no início do ano de 2019 (7-14 janeiro) para aumentar a amostra em estudo.

Apesar de considerarmos atingidos os objetivos estabelecidos, a inexistência de estudos na ACSD nos CSP, nas Forças Armadas, limitou a discussão fundamentada dos resultados obtidos no nosso estudo, bem como, o facto da investigadora não tivesse um termo de comparação, referente a uma população tão específica, como são os militares, tornando assim, este trabalho pioneiro, o que poderá representar mais um contributo para o conhecimento científico nesta área.

Capítulo VIII - Referências bibliográficas

1. Sousa, P.; Uva, A.S.;Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. Rev Port Saúde Pública. 2010;(10):89–95.
2. Ribas MJ. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. Rev Port Clínica Geral. 2010;26:585–9.
3. Ministério da Saúde. Despacho n 1400A/2015 de 10 de fevereiro - plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª Série - Nº28 - 10 fevereiro [Internet]. 2015;[acesso em: SET18]; Nº.28(0870-9963):3882–(2)–3882(10). Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
4. Mesquita KO, Silva LC., Lira RCM, Freitas CASLF, Lira GV. Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Revisão Integrativa. 2016;21(2):1–8.
5. Eiras M, Escoval A, Silva C. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Care: Validation of the Portuguese Version of the Medical Office Survey. Intech open [Internet]. 2018;[Acesso em: OUT18]; 4:19. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.21/9270>
6. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: Kohn. L.T.; Corrigan, J.M and Donaldson MS. To err is human: Building a Safer Health System [Internet]. Washington D.C.: National Academies Press, editor. National Academy of Sciences. Washington D.C.; 2000. [Acesso em:OUT18]. 312 p. Available from: <http://nap.edu/9728>
7. Sexton, J.B.; Thomas, E.J.; Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. BMJ [Internet]. 2000;[acesso em NOV18]; 320:745–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/pdf/745.pdf>
8. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Cien Saude Colet. 2013;18(7):2029–36.
9. Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. Escola Nacional de Saúde Publica. Acta Médica Portuguesa. 2006;19:309–18.
10. Sousa P. NASCER E CRESCER Sistemas de Saúde e a Segurança dos Doentes. Rev do Hosp crianças maria pia. 2006;XV(3).
11. Mendes, C.M.F.G.; Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Rev Port Saude Publica [Internet]. 2014;[Acesso em SET18]; 32(2):197–205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>

12. World Health Organization. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. [Internet]. Final Technical Report. 2009. [Acesso em: OUT18]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
13. Direção Geral da Saúde de Portugal. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. [Internet]. DGS. 2011. [Acesso em: OUT18]. Available from: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>
14. Department of Health. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory. London; 2007.
15. Department of Health. An organisation with a memory | report of an expert group on learning from adverse events in the NHS [Internet]. London; 2000. [Acesso em: NOV18]. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
16. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety An overview guide for NHS staff. Natl Patient Saf Agency 2004. 2004;(April):1–26.
17. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Rev Enferm Ref [Internet]. 2011; [Acesso em: NOV18]; 11(4):37–48. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vser11n4/ser11n4a04.pdf>
18. Doweri HF AI, Raoush AT AI, Alkhatib AJ, Batiha MA. Patient ' S Safety Culture: Principles and Applications : Review Article. Eur Sci J. 2015;11(15):83–94.
19. Fernandes AMML. Segurança do doente : velho desígnio , novos desafios . A mudança de paradigma cultural nas organizações de saúde. Coimbra ES de E de, editor. Coimbra; 2014. 265-287 p.
20. Lima FDM. A Segurança do Paciente e Intervenções para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Rev Espaço para a Saúde [Internet]. 2014; [Acesso em: DEZ18]; 15(3):22–9. Available from: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/18190/pdf_37
21. Norman AH. Qualidade em saúde. Rev bras med fam comunidade. 2012;7(23):67–8.
22. Donabedian A. The quality of care : How can it be assessed ? J Am Med Assoc. 1988;260(12):1743–8.

23. Martins M. I - Qualidade em saúde e segurança do paciente: aspetos fundamentais. In: Fisiocruz, editor. *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [Acesso em: DEZ18]; p. 24–38. Available from: <http://books.scielo.org/id/8h47w/epub/sousa-9788575415955.epub>.
24. Vincent C. *Patient Safety*. 2nd editio. Books B, editor. Wiley-Blackwell; 2010. 433 p.
25. Sousa P. Patient safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Med Port*. 2006;19:309–18.
26. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Vol. 21, *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 2000. 453-454 p.
27. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP. Nos 30 anos do SNS. Governação dos Hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT [Internet]. Lisboa; 2009. [Acesso em: SET18]. Available from: [http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov Clínica dos_hospitais_-Conclusões_finais_20_07_09_.pdf](http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov_Clinica_dos_hospitais_-Conclusões_finais_20_07_09_.pdf)
28. Institute of Medicine: Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Vol. 26, Washington D.C: National Academy Press. 2001.
29. Marchon SG, Junior WVM. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(9):01-21.
30. Fragata JIG. A segurança dos doentes-indicador de qualidade em saúde. Dossier: erro médico. *Rev Port Med geral e Fam* [Internet]. 2010 Nov; [Acesso em: DEZ18]; 26, n. 6:564–70. Available from: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799/10535>
31. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, E.R P, Martinez KA, Dy SM. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med* [Internet]. 2013; [Acesso em: JAN19]; 158(5 (part 2)):369–74. Available from: www.annals.org
32. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde. 2015;38.
33. Verstappen W, Gaal S, Bowie P, Parker D, Lainer M, Valderas JM, et al. A research agenda on patient safety in primary care. Recommendations by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(July 2013):72–7.
34. Makeham, M.; Dovey, S.; Runciman, W.; Larizgoitia I. *Methods and Measures used*

- in Primary Care Patient Safety Research. 2008.
35. Lawati MH Al, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1–12.
 36. Matta GC, Morosini MVG. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho Educação e Saúde -Atenção Primária à Saúde*. Esc Politécnica Saúde Joaquim Venâncio Dicionário da Educ Prof em Saúde [Internet]. 2006; [Acesso em: SET18]; 23–8. Available from: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf
 37. UNICEF.World Health Organization. Cuidados Primários de Saúde, Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. 1979.
 38. Direção Geral de Saúde; Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários Relatório Segurança do Doente 2015. Norma 003/2015 de 11/3. DGS. Lisboa; 2017.
 39. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research: Results of a literature review. *Better Knowl safer care*. 2008;1–50.
 40. Despacho n.º 5613/2015. Ministério da Saúde. Diário da República, 2ª série - nº 102. 2015;13550–3.
 41. INSAG-4 Safety culture-report by Internacional Nuclear Safety Advisory Group [Internet]. Safety Series. Vienna; 1991. [Acesso em: OUT18]. Available from: http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub882_web.pdf
 42. Rotaru, I.;Biro, L; Ghita S. Assessing progress in the development of safety culture. 1991. p. 28–41.
 43. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338–43.
 44. Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011; [Acesso em: DEZ18]; 16(8):3591–602. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000900027&lng=fr&tlng=fr
 45. Sorra J, Gray. L., Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide [Internet]. Vol. 15. Westat, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [Acesso em: OUT18]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
 46. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ. Patient Safety Network-

- Culture of Safety [Internet]. 2018 [Acesso em: NOV18]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety>
47. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Heal Care* first Publ as 101136/qhc. 2003;17–23.
 48. Silva EMB, Pedrosa DLL, Leça APC de, Silva. Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Rev Enferm Ref.* 2016;IV(9):87–95.
 49. Botti M, Bucknall T, Cameron P, Johnstone M, Redley B, Evans S, et al. Clinical Handover: Critical Communications. Examining communication and team performance during clinica handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *Health Care (Don Mills)* [Internet]. 2009; [Acesso em DEZ18]: 190(11):157–60. Available from: https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_11_010609/bot11257_fm.pdf
 50. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Heal Care.* 2007;16(4):313–20.
 51. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011; [Acesso em: SET18]; 11(1):45. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-45>
 52. Pronovost PJ. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2003; [Acesso em: DEZ18]; 12(6):405–10. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qhc.12.6.405>
 53. DR. Estatuto dos Militares Forças Armadas - EMFAR. *Diário da República.* 2015;3198–253.
 54. Ministério da Defesa Nacional. Gabinete do Ministro. Despacho n.º2943/2014. *Diário da Repub* [Internet]. 2014; [Acesso em: DEZ18]; 2ªsérie(37):5386–8. Available from: <https://www.emgfa.pt/documents/03hwkvjbr8m.pdf>
 55. Final Report to the Secretary os Defense. *Military Health System Review.* 2014.
 56. Correia AJC. *Gestão do risco clinico e segurança do doente internado no Hospital das Forças Armadas - Unidade Hospitalar do Lumiar. Trabalho de investigação.* Instituto de Estudos Superiores Militares; 2012.
 57. Fortin M-F. *O processo de investigação: Da concepção à realização.* Lusociência. 1999. p. 388.

58. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social [Internet]. 6ª Edição. Atlas, editor. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo; 2008. [Acesso em: JAN19]; 1-220 p. Available from: <http://arxiv.org/abs/1011.1669><http://dx.doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201><http://stacks.iop.org/1751-8121/44/i=8/a=085201?key=crossref.abc74c979a75846b3de48a5587bf708f><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25037>
59. Ribeiro JLP. Investigação e avaliação em psicologia e saúde. 2ª Edição. Lisboa; 2010. 1-140 p.
60. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. 2009.
61. Silva EL, Menezes EM. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 4ª Edição. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2005. 138p p.
62. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª Edição. Editora Atlas S. A. São Paulo; 2003. 310 p.
63. Sorra J, Famolaro T, Yount N, Smith S, Wilson S, Liu H. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report. Rockville; 2014.
64. Famolaro T, Yount N, Hare R, Thornton S, Fan L, Birch R, et al. Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290201300003C). Westat, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;
65. Maroco J, Garcia-Marques T. Alpha Crombach Tabela Portugal. Inst Super Psicol Apl [Internet]. 2006; [Acesso em: JAN19]; 4(1):65–90. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.
66. Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. Xii Simpep. 2005;12.
67. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS STATISTICS. 7ª Edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2018. 1013 p.
68. Carneiro AV. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. Revista Portuguesa de Saúde Pública-Volume 10. 2010;3–10.

Anexo I - Aprovação por parte do Conselho de Ética da ESTESL, para a realização do estudo

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTESL-Nº 12-2018- Sandra Maria Toscano dos Santos

TIPO DE PROJETO: A Cultura de Segurança do Doente: o caso da marinha

Tipo de Projeto/Estudo: Dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

INVESTIGADORA: Sandra Maria Toscano dos Santos

ORIENTADORES: Margarida Eiras & Luís Bronze Carvalho

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa & Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve

RECEBIDO: 21/06/2018

RESPOSTA DO CE: 19/09/2018

RESPOSTA AO CE: 19/10/2018

Exm^ª. Senhora Professora Doutora Margarida Eiras,

Exm^ª. Senhor Professor Doutor Luís Bronze Carvalho,

Exm^ª Senhora Dr^ª Sandra Maria Toscano dos Santos, aluna do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Após análise do projeto supracitado, e dos esclarecimentos prestados a 19 de Novembro, o Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTESL) considerou por unanimidade emitir um parecer favorável à realização do projeto.

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

Por último, solicita-se também que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, dê igualmente conhecimento ao Conselho de Ética da ESTESL do relatório final com as conclusões do estudo, de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

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

Com os melhores cumprimentos,

Prof^ª. Coordenadora Helena Soares

Presidente do Conselho de Ética da ESTESL

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Av. D. João II, lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa

Tel. 218 980 447; Fax. 218 980 460



Anexo II - Autorização para a utilização do questionário

Declaração

Margarida Eiras, autorizo a utilização do questionário de Avaliação da Cultura de segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito de uma dissertação de mestrado do Mestrado em Gestão e Avaliação de tecnologias em Saúde da ESTeSL.

Lisboa, 16.06.18



Anexo III - Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

Sandra Maria Santos, primeiro-tenente Técnico de Saúde, atualmente a prestar serviço no EMGFA-DIRSAM, encontro-me a realizar um estudo sobre a **Avaliação da Cultura de Segurança do Doente**, no âmbito do Mestrado “Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde”, e para o qual peço a vossa imprescindível colaboração, que desde já agradeço.

A segurança do doente é uma preocupação crescente nas instituições de Cuidados de Saúde portuguesas, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Com este questionário pretende-se conhecer a vossa opinião acerca da segurança do doente, na instituição onde trabalha, sendo a vossa participação, fundamental.

Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade, e os resultados apresentados de forma anónima.

Os dados constantes deste questionário serão inseridos num ficheiro informático da responsabilidade da aluna mestranda. Ao seu titular é garantido o direito de acesso, retificação ou eliminação sempre que para isso se dirija por escrito ou pessoalmente ao responsável pelo tratamento.

A “**Segurança do doente**” é definida como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.

O “**Doente**” é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, independentemente dos mesmos serem de promoção, manutenção, monitorização ou restabelecimento de saúde.

Um “**Prestador de Cuidados**” é um profissional de saúde que faz diagnóstico, e/ou trata os doentes e/ou prescreve medicamentos.

Um “**Colaborador**” é um profissional que trabalha no serviço/unidade de saúde, mas não presta cuidados de saúde.

Um “**Profissional**” são todos os elementos que fazem parte de uma unidade/serviço de saúde, desde que as suas funções estejam ligadas à atividade principal da unidade.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder.

Desde já, agradeço a sua imprescindível colaboração.

Seção A: Questões relativas à segurança dos doentes/utentes e à qualidade

As questões seguintes descrevem situações que podem ocorrer nos cuidados de saúde primários, e que afetam a segurança dos doentes e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Na sua opinião, com que frequência ocorreram as seguintes situações, nos últimos 12 meses?

Acesso aos cuidados.

1. Um doente/utente não pode marcar uma consulta num prazo de 48 horas quando se tratava de um problema grave ou sério.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificação do doente/utente

2. Foi utilizado um processo clínico que não correspondia ao do doente/utente.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Registos e processos clínicos

3. O processo clínico não estava disponível, quando foi necessário.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Foi arquivada, digitalizada ou introduzida informação clínica no processo clínico, que não correspondia ao do doente/utente.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Equipamento médico

5. O equipamento médico não funcionava adequadamente ou necessitava de substituição.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência ocorreram as seguintes situações nos últimos 12 meses?

Medicamentos

1. Uma farmácia comunicou com o nosso serviço/unidade para clarificar ou corrigir uma receita.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. A lista de medicamentos do doente/utente não foi atualizada durante a sua consulta.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diagnósticos e exames complementares

3. Os resultados dos exames laboratoriais ou de imagem não estavam disponíveis quando foi necessário.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Não se deu seguimento, no prazo de 1 dia útil, a um resultado anormal de laboratório ou de imagem.

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não sucedeu nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção B: Gestão e troca da informação

Nos últimos 12 meses, com que frequência SE VERIFICAM PROBLEMAS NA TROCA DE INFORMAÇÃO PRECISA, COMPLETA E ATEMPADA COM:

1. Laboratórios ou centros de imagem externos?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Outros consultórios médicos ou médicos externos?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Farmácias?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hospitais?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Outros serviços/unidades de saúde?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Várias vezes nos últimos 12 meses	Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	Não houve nos últimos 12 meses	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção C: Trabalho na sua unidade

Expresse o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1. Quando alguém fica muito sobrecarregado, os ~~colaboradores~~ camaradas ajudam.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Há uma boa relação de trabalho, entre os profissionais que prestam cuidados e os outros profissionais.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Muitas vezes sentimos pressão, quando estamos a atender os doentes/utentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Os profissionais têm formação quando se implementam procedimentos novos.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Nesta unidade/serviço tratamo-nos com respeito.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Temos demasiados doentes/utentes para a quantidade de profissionais que prestam cuidados.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Garante-se que os profissionais tenham a formação necessária para desempenhar as suas funções.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Esta unidade/serviço é mais desorganizada(o) do que deveria.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Temos procedimentos para verificar se o trabalho é desenvolvido de forma correta.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Os profissionais são chamados a desempenhar funções, para as quais não tiveram formação.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Temos profissionais suficientes para dar resposta à quantidade de doentes/utentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Temos problemas com o fluxo de trabalho.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. A ênfase vai para o trabalho em equipa, de forma a atender os doentes/utentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Temos demasiados doentes/utentes para poder executar tudo de forma eficiente.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Os profissionais seguem procedimentos normalizados no seu trabalho.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção D: Comunicação e seguimento

Com que frequência acontecem as seguintes situações?

1. Os prestadores de cuidados consideram as propostas de melhoria dos procedimentos administrativos vindas dos colaboradores.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Os profissionais de saúde são incentivados a expressar outros pontos de vista.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Lembramos os doentes/utentes, quando eles precisam de marcar consultas de rotina.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Os profissionais têm receio de fazer perguntas quando algo parece estar errado.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Documentamos a forma como os nossos doentes/utentes crónicos seguem os seus planos de tratamento.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Fazemos seguimento quando não recebemos a informação que esperamos por parte de um prestador externo.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Falamos abertamente sobre os problemas do funcionamento da unidade/serviço.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Fazemos seguimento aos doentes/utentes, que necessitam de monitorização.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Nesta unidade/serviço é difícil expressar a discordância.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Falamos sobre as formas de prevenir a repetição dos erros.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Os profissionais estão dispostos a dar informação sobre os erros que observam.

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção E: Apoio da gestão de topo

É gestor de topo ou ocupa algum cargo de direção, ou tem a responsabilidade de tomar decisões de ordem económica?

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

Sim → se respondeu “Sim”, passe à SEÇÃO F.

Não → se respondeu “Não”, complete todas as perguntas do questionário.

Expresse o seu grau de concordância sobre as afirmações acerca do(s) gestor(s) de topo.

1. Não são realizados investimentos financeiros suficientes para melhorar a qualidade dos cuidados.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Deixam que os erros continuem a acontecer.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Dão prioridade elevada na melhoria dos procedimentos para os cuidados aos doentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Com demasiada frequência as suas decisões baseiam-se no que é melhor para a instituição e não no que é melhor para os doentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção F: A unidade prestadora de cuidados

Expresse o seu grau de concordância com as afirmações.

1. Quando há um problema verificamos se é necessário mudar a forma como realizamos as coisas.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Os procedimentos que usamos são bons para prevenir erros que podem afetar os doentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Cometemos mais erros do que devíamos.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. É só por acaso que não se cometem mais erros que poderiam afetar os nossos doentes/utentes.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Esta unidade/serviço é boa a adequar os procedimentos de forma a assegurar que os erros não se repitam.

Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica/não sei
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. A quantidade de trabalho é mais importante do que a qualidade dos cuidados.

Discordo
Fortemente

Discordo

Não concordo
Nem discordo

Concordo

Concordo
fortemente

Não se
aplica/não sei

7. Depois de fazermos mudanças para melhorar os procedimentos da prestação de cuidados, procedemos à avaliação para verificar se as mudanças funcionaram.

Discordo
Fortemente

Discordo

Não concordo
Nem discordo

Concordo

Concordo
fortemente

Não se
aplica/não sei

Seção G: Classificações gerais

Classificação geral da qualidade

Em geral, como classifica a sua unidade em cada uma das seguintes áreas da qualidade dos cuidados de saúde?

a. Centralização do doente

Responde às preferências, necessidades e valores de cada doente/utente.

Excelente

Muito boa

Aceitável

Fraca

Muito fraca

b. Eficácia

Baseia-se na evidência.

Excelente

Muito boa

Aceitável

Fraca

Muito fraca

c. Oportunidade

Minimiza as esperas e os atrasos potencialmente causadores de danos.

Excelente

Muito boa

Aceitável

Fraca

Muito fraca

d. Eficiência

Assegura uma prestação rentável (evita desperdício, abuso e uso incorreto de serviços).

Excelente

Muito boa

Aceitável

Fraca

Muito fraca

e. Equidade

Administra a mesma qualidade de cuidados a todas as pessoas sem privilegiar o género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico, idioma, posto, etc....

Excelente

Muito boa

Aceitável

Fraca

Muito fraca

Classificação Geral da segurança do Doente

Em geral, como classificaria os sistemas e procedimentos clínicos, que a sua unidade tem estabelecido para prevenir, detetar e corrigir problemas que tenham potencial para afetar os doentes/utentes?

Excelentes

Muito Bons

Aceitáveis

Fraços

Muito Fraços

Seção H: Informação geral

Género

Feminino

Masculino

Tem formação na área da segurança do doente?

Sim

Não

No âmbito das suas tarefas diárias, interage diretamente com os doentes/utentes?

Sim

Não

Qual o grupo profissional a que pertence? Marque a função que melhor descreva o seu trabalho.

a. Médico

b. Enfermeiro

c. Dentistas

d. Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

e. Psicólogo

f. Farmacêuticos

g. Assistente Operacional de Auxiliar de Ação Médica

h. Assistente Administrativo

i. Outra classe que esteja a desempenhar funções no serviço/unidade de saúde/colaborador

Atualmente presta serviço:

- a. Unidade Naval
- b. Unidade em Terra
- c. Unidade Hospitalar (hospital das forças armadas)

Qual o seu grupo etário?

- a. 22 a 30 anos
- b. 31 a 38 anos
- c. 39 a 47 anos
- d. 48 a 56
- e. Mais de 56 anos

Há quantos anos é militar, na Marinha?

- a. 1 ano até menos de 5 anos
- b. 5 anos até menos de 9 anos
- c. 9 anos até menos de 13 anos
- d. 13 anos até menos de 17 anos
- e. 17 anos ou mais

Há quantos anos trabalha, na área da saúde, na Marinha?

- a. 0 meses até menos de 3 anos
- b. 3 ano até menos de 6 anos
- c. 6 anos até menos de 9 anos
- d. 9 anos até menos de 12 anos
- e. 12 anos ou mais

Há quanto tempo trabalha na sua unidade atual?

- a. 6 meses até menos de 1 ano
- b. 1 ano até menos de 2 anos
- c. 2 anos até menos de 4 anos
- d. 4 anos ou mais

Qual o seu grau de escolaridade?

- a. 4º ano (antiga 4ª classe)
- b. 9º ano
- c. 12º ano
- d. Licenciatura
- e. Mestrado e/ou pós-graduação
- f. Doutoramento

Obrigado pela colaboração!

28 de novembro de 2018

Anexo IV - Definição das dimensões que integram o questionário

Dimensão	Definição: até que ponto...
1. Trabalho em equipa	Existe uma cultura de trabalho em equipa, de respeito mútuo e de relações de proximidade entre o pessoal e os prestadores.
2. Seguimento do doente	Os doentes são lembrados das marcações, a forma como os doentes cumprem os planos de tratamento é documentada, faz-se o seguimento de doentes com necessidades de monitorização e faz-se o seguimento, sempre que os relatórios de um prestador externo não são rececionados.
3. Aprendizagem organizacional	Existe uma cultura de aprendizagem que facilita as alterações processuais de modo a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e avaliar as mudanças geradoras de eficácia.
4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	A qualidade dos cuidados prestados ao doente é mais importante do que a realização de maior volume de trabalho, e os processos existentes são úteis para evitar erros, que por sua vez, só devem ocorrer quando forem inevitáveis.
5. Formação e treino dos profissionais	O pessoal recebe formação relevante, durante o período laboral, e recebe formação sobre novos processos e o pessoal não fica incumbido de tarefas para as quais não tenha tido formação.
5. Formação e treino dos profissionais	O pessoal recebe formação relevante, durante o período laboral, e recebe formação sobre novos processos e o pessoal não fica incumbido de tarefas para as quais não tenha tido formação.
6. Apoio pela gestão de topo	A gestão de topo apoia ativamente a qualidade da segurança do doente, e prioriza os processos de cuidado do doente; não negligencia os erros e as decisões têm por base o que é melhor para os doentes
7. Comunicação acerca do erro	O pessoal está disposto a reportar os erros cometidos e sente que estes não lhe são apontados Os prestadores e o pessoal falam abertamente sobre os problemas existentes e como evitar a ocorrência de erro
8. Abertura na comunicação	Os prestadores estão abertos às ideias de melhoria dos processos internos transmitidos pelo pessoal e este é encorajado a expressar opiniões alternativas e não tem dificuldade em verbalizar o seu desacordo.
9. Processos administrativos e uniformização de procedimento	O local de trabalho está organizado, tem um circuito eficaz, os processos para a execução das funções estão normalizados e os procedimentos para verificar a precisão do trabalho realizado são adequados
10. Pressão e ritmo do trabalho	O pessoal e os prestadores são em número suficiente para gerir o volume de doentes e o ritmo de trabalho não é agitado

Anexo V - Autorização do Superior Hierárquico, e da entidade responsável pelos estudos, da Marinha Portuguesa

7530-NR-013-6213

M30



S. **MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL**
MARINHA

Informação N.º 82 /RTF

Parecer N.º

Proposta N.º

a) **DIREÇÃO DE FORMAÇÃO**
Lisboa, 05 de julho de 2018

Processo: 140.01.16

Assunto: **FORMAÇÃO – TRABALHO INVESTIGAÇÃO PARA OBTENÇÃO GRAU MESTRE
"A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: O CASO DA MARINHA."**

Referência: Nota nº 0485/SP, 27JUN18

Do Act. CEMA:

Concordo.

8.7.18

6 VALM SP:

1. Concordo

2. A decisão do Act. esta-

Ao

O SUPERINTENDENTE DO PESSOAL

Vice-Almirante Superintendente do Pessoal

JORGE NOVO PALMA
VALM - 6 JUL 2018

1. No âmbito do Trabalho de Investigação para obtenção do grau de Mestre em "Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde", ministrado na Escola Superior de Saúde de Lisboa, IPL em conjunto com a Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, de acordo com o documento recebido nesta Direção a coberto da ref., a aluna, 1TEN TS Sandra Maria Toscano dos Santos, solicita autorização para a recolha de dados e informação, através da aplicação de um questionário *on-line*.
2. Relativamente ao trabalho em questão, a população-alvo serão os profissionais de saúde da Marinha - médicos, médicos dentistas, oficiais técnicos de saúde, smor/saj/sch H, 1 sar HE/HP, assistentes operacionais auxiliares de ação médica; sendo a sua participação, anónima e de carácter não obrigatório, comprometendo-se a TEN Sandra Santos a respeitar o novo regulamento de proteção de dados.

3. A participação dos profissionais de saúde da Marinha consistirá no preenchimento de um questionário, em anexo, a ser criado em <http://questionariosonline.marinha.pt>.
4. Após análise ao questionário, aferiu-se que não se afigura advir qualquer tipo de constrangimento ou comprometimento da instituição.
5. Face ao exposto, e em consonância com o Despacho do COM DS, considera-se que a realização do referido trabalho revela interesse para a Marinha e para a militar, dado que permitirá identificar os pontos fortes e áreas de melhoria a implementar, por forma a melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

À consideração superior de V. Exa..

O SUBDIRETOR,


Ricardo Freitas Braz
Capitão-de-mar-e-guerra

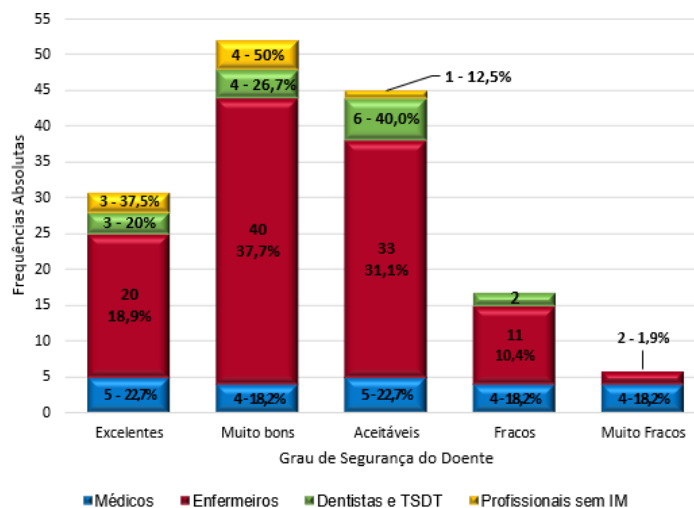
Capítulo X - Apêndices

Apêndice I

Tabela e gráfico demonstrativos da distribuição de frequências absolutas e relativas do grau de SD por grupo profissional

Grupo profissional	Classificação Geral em Segurança do Doente					Total	
	Muito fracos	Fracos	Aceitáveis	Muito bons	Excelente		
Grupo I Médicos	Frequência	4	4	5	4	5	22
	Percentagem	18.2%	18.2%	22.7%	18.2%	22.7%	100.0%
Grupo II Enfermeiros	Frequência	2	11	33	40	20	106
	Percentagem	1.9%	10.4%	31.1%	37.7%	18.9%	100.0%
Grupo III Dentistas e TDT	Frequência	0	2	6	4	3	15
	Percentagem	0.0%	13.3%	40.0%	26.7%	20.0%	100.0%
Grupo IV Profissionais sem IM	Frequência	0	0	1	4	3	8
	Percentagem	0.0%	0.0%	12.5%	50.0%	37.5%	100.0%
Total	Frequência	6	17	45	52	31	151
	Percentagem	4.0%	11.3%	29.8%	34.4%	20.5%	100.0%

TSDT - Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica; IM - intervenção médica



Resultado do teste em que se conclui que não existem diferenças significativas na percepção do grau de SD entre os grupos profissionais (as distribuições percentuais não diferem entre os quatro grupos profissionais)

Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1 A distribuição de Rank of ClassGerSD é a mesma entre as categorias de Grupo profissional.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,102	Reter a hipótese nula.

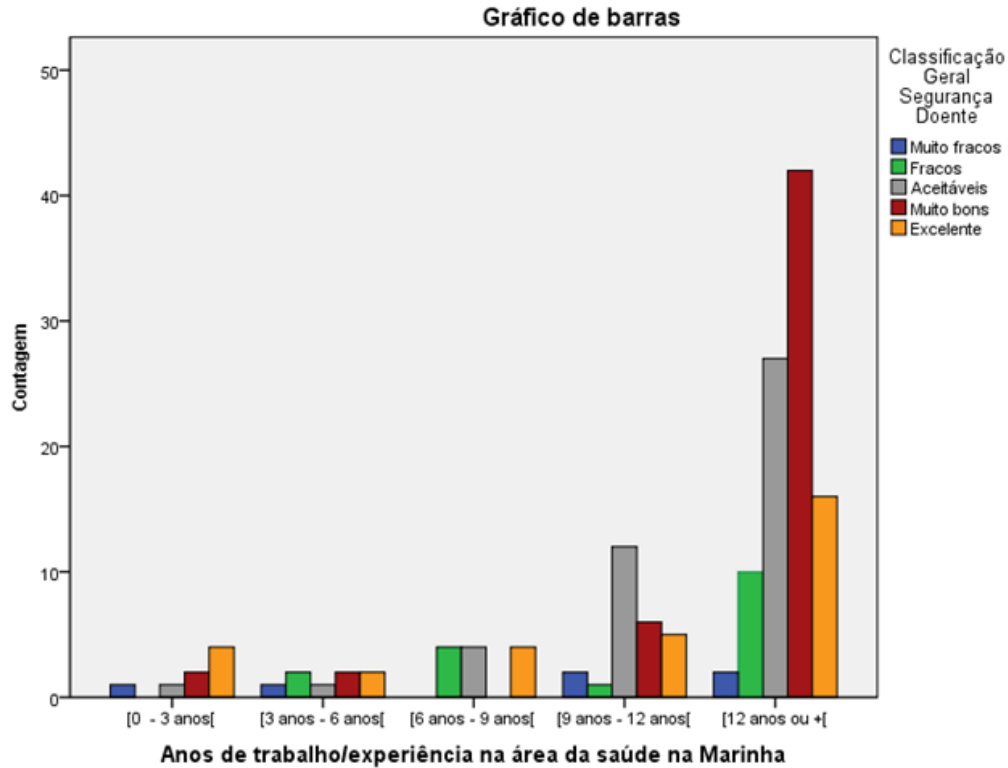
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

N total	151
Estatística de teste	6,213
Graus de liberdade	3
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,102

As comparações múltiplas não foram realizadas, pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre as amostras.

Apêndice II

Gráfico demonstrativo dos anos de experiência/trabalho na área da saúde, na Marinha e a percepção do grau de SD e teste do Qui-Quadrado (SPSS)



Teste do Qui-Quadrado elevado indica que as variáveis não são independentes, mas não indica o grau de relacionamento entre elas.

Output do SPSS Statistic:

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	31,044 ^a	16	,013
Razão de verossimilhança	32,801	16	,008
Associação Linear por Linear	,032	1	,859
N de Casos Válidos	151		

a. 18 células (72,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig. Monte Carlo (2 lados)		
				Sig.	Limite inferior	Limite superior
Qui-quadrado de Pearson	31,044 ^a	16	,013	,017 ^b	,014	,020
Razão de verossimilhança	32,801	16	,008	,011 ^b	,008	,014
Teste Exato de Fisher	30,424			,003 ^b	,002	,004
Associação Linear por Linear	,032 ^c	1	,859	,868 ^b	,860	,877
N de Casos Válidos	151					

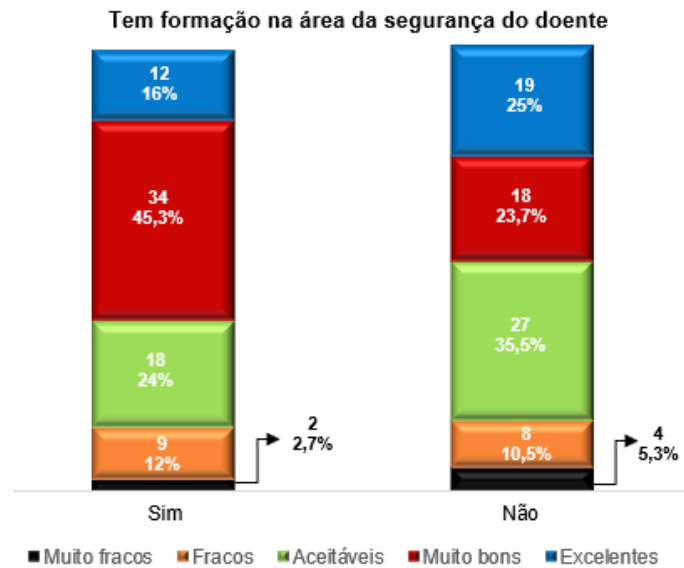
a. 18 células (72,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,32.

b. Baseado em 10000 tabelas de amostra com o valor inicial 624387341.

c. A estatística padronizada é ,178.

Apêndice III

Gráfico da distribuição de frequências absolutas e relativas da CGSD (grau de SD) dos inquiridos por situação face a formação na área da SD.



Output do SPSS Statistic:

Teste Mann-Whitney

Classificações				
	Tem formação na área da Segurança do Doente	N	Postos de média	Soma de Classificações
Classificação Geral Segurança Doente	Sim	75	77,53	5815,00
	Não	76	74,49	5661,00
	Total	151		

Estatísticas de teste^a

	Classificação Geral Segurança Doente
U de Mann-Whitney	2735,000
Wilcoxon W	5661,000
Z	-,446
Significância Sig. (2 extremidades)	,656

a. Variável de Agrupamento: Tem formação na área da Segurança do Doente

Apêndice IV

Tabela descritiva do grau de SD por situação face à interação direta ou não com os com os doentes/utentes.

Tabela – Descritivos de mínimo, máximo, mediana e rank médio da classificação geral em segurança do doente por situação, face à interação com os doentes/utentes e teste Mann-Whitney

Interação	N	Mínimo-Máximo	Mediana (%)	Rank médio
Sim	135	Muito fracos-Excelente	4 (54,8%)	75,09
Não	16	Aceitáveis-Excelente	4 (56,3%)	83,66
Teste de Mann-Whitney			U=957.500	p=0.441

1 - Muito fracos; 2 - Fracos; 3 - Aceitáveis; 4 - Muito bons; 5 - Excelente

Output do SPSS Statistic:

Teste Mann-Whitney

Classificações

	Interage diretamente com os doentes/utentes	N	Postos de média	Soma de Classificações
Classificação Geral Segurança Doente	Sim	135	75,09	10137,50
	Não	16	83,66	1338,50
	Total	151		

Estatísticas de teste^a

	Classificação Geral Segurança Doente
U de Mann-Whitney	957,500
Wilcoxon W	10137,500
Z	-,771
Significância Sig. (2 extremidades)	,441

a. Variável de Agrupamento: Interage diretamente com os doentes/utentes