

Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**“Perceção da Cultura de Segurança do Doente por
Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública do Ser-
viço Nacional de Saúde”**

Mestranda: Joana Filipa Milhinhos Carrapiço

Orientadores: Professora Doutora Anabela Coelho, UÉvora

Professora Doutora Carina Ladeira, ESTeSL

Especialista Rúben Roque, ESTeSL

Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais - 4ª Edição

Lisboa, 2023

Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**“Perceção da Cultura de Segurança do Doente por
Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública do Ser-
viço Nacional de Saúde”**

Mestranda: Joana Filipa Milhinhos Carrapiço

Orientadores: Professora Doutora Anabela Coelho, UÉvora

Professora Doutora Carina Ladeira, ESTeSL

Especialista Rúben Roque, ESTeSL

Júri: Professora Doutora Ana Sofia Tavares, ESTeSL

Doutor Paulo Sousa, ENSP

Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais – 4ª Edição

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

Lisboa, 2023

Resumo

Introdução: As análises clínicas apresentam um papel central na prestação de cuidados de saúde sendo a principal fonte de informação para a prevenção, diagnóstico, prognóstico e monitorização do doente. Qualquer erro que ocorra durante o processamento laboratorial pode ter impacto negativo no *outcome* do doente. Na prevenção de erros assume um papel fundamental a cultura de segurança do doente. Os técnicos de análises clínicas são profissionais de saúde com atividade fundamental num laboratório de análises clínicas, pelo que as suas práticas relativas à segurança do doente têm impacto na diminuição dos riscos para os doentes.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo principal analisar a perceção da cultura de segurança do doente dos técnicos de análises clínicas e saúde pública a exercer funções no Serviço Nacional de Saúde.

Metodologia: Para a realização deste estudo, quantitativo e descritivo, foi realizado um questionário misto, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture da Agency for Healthcare Research* - versão portuguesa traduzida e validada, juntamente com questões para caracterizar a amostra em estudo. Foram analisados os dados demográficos e determinadas as percentagens de respostas positivas de 9 das 12 dimensões que o compõem. O questionário foi disponibilizado via *Google Forms*, entre dia 2 de fevereiro e 14 de maio de 2023.

Resultados: Foram obtidas 116 respostas válidas. A dimensão com melhor co-taço corresponde ao “trabalho em equipa” com 60,8% de respostas positivas, enquanto as dimensões de “expectativa do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” e “abertura na comunicação” representaram áreas de melhoria urgente, com 33,9% e 35,2% de respostas positivas respetivamente.

Conclusão: Esta investigação, foi a primeira efetuada em Portugal para este grupo profissional, permitiu conhecer a perceção destes profissionais relativamente à SD. As dimensões de “resposta ao erro não punitiva”, “dotação de profissionais”, “frequência da notificação” e “abertura na comunicação” apresentam uma média de respostas positivas inferior às restantes. Realça-se desta forma a necessidade de formação na área referente a notificação proativa e comunicação. Resultados mais elevados em “trabalho de equipa” demonstraram cooperação e confiança entre os profissionais,

fator decisivo para se proceder a alterações e implementação de ações de cultura de segurança do doente. Os resultados obtidos podem ser ponto de partida para a sensibilização entre os técnicos de análises clínicas

Palavra-chave: Qualidade em saúde; Cultura de segurança do doente; Segurança do doente em laboratório clínico, Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública

Abstract

Introduction: Clinical analyses play a vital role in the provision of health care, being the main source of information for prevention, diagnosis, prognosis and patient monitoring. Any error that occurs during laboratory processing can have a negative impact on the patient's outcome. In the prevention of errors, the culture of patient safety (SD) plays a fundamental role. Clinical analysis technicians are health professionals with fundamental activity in a clinical analysis laboratory, so their practices related to patient safety have an impact on reducing the risks for patients.

Objective: The main goal of this study was to analyse the perception of the patient safety culture of clinical analysis and public health technicians working in the National Health Service.

Methodology: In order to conduct this quantitative and descriptive study, a mixed questionnaire was used, the Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare Research - translated and confirmed Portuguese version, together with questions to characterize the sample under study. Demographic data were analysed and the percentages of positive answers for 9 of the 12 dimensions that compose it were determined. The questionnaire was made available via Google Forms, between February 2 and May 14, 2023.

Results: 116 valid responses were obtained. The dimension with the best rating corresponds to “teamwork” with 60.8% of positive responses, while the dimensions “supervisor/manager expectations and actions that promote patient safety” and “openness in communication” represented areas for improvement urgent, with 33.9% and 35.2% of positive responses, respectively.

Conclusion: This investigation, the first conducted in Portugal for this professional group, allowed us to know the perception of these professionals regarding DS. The dimensions of “non-punitive response to error”, “frequency of notification” and “openness in communication” had an average of lower positive responses. This highlights the need for training in the field of initiative-taking notification and communication. Higher results in “teamwork” proved cooperation and trust among professionals, a decisive factor for making changes and implementing CSD actions.

Keywords: Quality in Healthcare; Patient Safety Culture; Clinical Laboratory; Biomedical laboratory scientist

Agradecimentos

Ao Professor Rúben Roque pela orientação, apoio e entusiasmo demonstrado ao longo da investigação, garantido que seguia pelo caminho certo.

À Professora Anabela Coelho pelas sugestões durante o decorrer da elaboração do estudo e pelo parecer sobre o instrumento de recolha;

À Professora Carina Ladeira, por toda a disponibilidade e prontidão.

A todos os colegas participantes que despenderam do seu tempo pessoal;

Aos meus pais, que ainda hoje são a motivação das minhas vitórias;

Ao meu irmão e aos meus amigos, por me acompanharem ao longo das dificuldades, tornando-as mais fáceis de ultrapassar;

Ao João, pelo amor, compreensão, paciência e apoio neste período.

A todos, o meu sincero obrigado.

Índice

Índice de Figuras	xi
Índice de Gráficos.....	xii
Abreviaturas	xiv
1. Introdução	1
2. Enquadramento teórico.....	4
2.1. Qualidade	4
2.2. Segurança do doente e a cultura associada	8
2.3 Cultura de segurança do doente em Portugal.....	11
2.4 Erros em medicina.....	16
2.5 Laboratório de análises clínicas.....	17
3. Metodologia	24
3.1. Caraterização de estudo.....	24
3.2. População em estudo	24
3.3. Instrumentos de recolha de dados.....	25
3.4. Variáveis	29
3.5. Recolha de informações	30
3.6. Procedimento estatístico e análise de dados.....	30
3.7. Considerações éticas	31
4. Resultados e Discussão.....	32
5. Conclusões.....	60
5.1 Limitações do estudo.....	62
5.2. Sugestões para estudos futuros	62
6. Referências bibliográfica.....	65
7. Anexos.....	72

Índice de Tabelas

Tabela 2.1 – Dimensões da qualidade em saúde entre diferentes autores - - - - -	5
Tabela 2.2 – Reorganização das dimensões do questionário - - - - -	9
Tabela 2.3– Resumo da média de respostas positivas, de acordo com o estudo e dimensão em causa - - - - -	15
Tabela 2.4 – Exemplo de Matriz de risco simplificada de serviço de Patologia Clínica -	21
Tabela 2.5 – Tabela “ <i>Fail mode and analysis</i> ” (FMAE) para o processo de colheita. - -	22
Tabela 3.1 – Secções do Questionário HSPSC - - - - -	25
Tabela 3.2 – As doze dimensões do questionário HSPSC - - - - -	26
Tabela 3.3 – Recodificação da escala de concordância do questionário - - - - -	28
Tabela 3.4 – Recodificação da escala de frequência do questionário - - - - -	28
Tabela 4. 1 – Caracterização demográfica - amostra por género - - - - -	33
Tabela 4.2 – Caracterização da amostra relativamente à formação base - - - - -	34
Tabela 4. 3 – Caracterização do contato com o tema da SD durante a licenciatura - - -	34
Tabela 4. 4 – Análise do tempo de exercício de funções - - - - -	34
Tabela 4. 5 – Caracterização da amostra relativamente à formação adicional - - - - -	35
Tabela 4. 6 – Caracterização da amostra por zona geográfica - - - - -	36
Tabela 4. 7 – Formação no local de trabalho - - - - -	37
Tabela 4.8 – Renomeação das dimensões em temáticas - - - - -	38

Tabela 4.9 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 1 – Trabalho de Equipa - - - - -	
40	
Tabela 4.10 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 2 - Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente - - - - -	
41	
Tabela 4.11 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 3 – Aprendizagem organizacional – melhoria continua. - - - - -	
- - -43	
Tabela 4.12 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 4 - Perceções gerais sobre a segurança do doente- - - - -	
45	
Tabela 4.13 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 5 - Comunicação de erros e <i>feedback</i> acerca do erro - - - - -	
- -47	
Tabela 4.14 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 6 – Abertura na comunicação - - - - -	
48	
Tabela 4.15 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 7 – Frequência de Notificação - - - - -	
50	
Tabela 4.16 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática – Dotação dos profissionais - - - - -	
51	
Tabela 4.17 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 9 – Resposta ao erro não punitiva - - - - -	
53	
Tabela 4.18 – Média de respostas positivas de diferentes estudos em comparação aos resultados obtidos - - - - -	-55
Tabela 4.19 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e a formação base- - - - -	-56
Tabela 4.20 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e o contato com SD durante a formação base - - - - -	
57	
Tabela 4.21 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e	

anos de experiência - - - - -
- - -58

Tabela 4.22 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e formação adicional - - - - - 59

Índice de Figuras

Figura 2.1 – As doze dimensões do HSPSC -----	9
Figura 2.2 – Percentagem de valores positivos nas 12 dimensões -----	14
Figura 2.3 – Etapas do processamento laboratorial -----	20
Figura 2.4 – Modelo do queijo suíço aplicado à infeção por SARS-COV -----	22

Índice de Gráficos

Gráfico 4. 1 - Caracterização demográfica – distribuição de amostra por idade (número absoluto) - - - - -	33
Gráfico 4.2. Motivos para procura de formação adicional (em %) - - - - -	35
Gráfico 4.3. Áreas de formação (em %) - - - - -	37
Gráfico 4.4. Média de respostas positivas, neutras e negativas da temática 1 - trabalho de equipa (%) - - - - -	- 39
Gráfico 4.5. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 2 - expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a SD (%) - - - - -	-41
Gráfico 4.6. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 3 - aprendizagem organizacional (%) - - - - -	-42
Gráfico 4.7. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 4 - percepções gerais sobre segurança do doente (%) - - - - -	- - 44
Gráfico 4.8. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 5 - Comunicação de erros e feedback acerca do erro - - - - -	46
Gráfico 4.9. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 6 - Abertura na comunicação (%) - - - - -	48
Gráfico 4. 10. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 7 - frequência de notificação (%) - - - - -	- - - 49
Gráfico 4.11. Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 8 - dota-	

ção dos profissionais (%) - - - - -
- -51

Gráfico 4.12 Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 9 - respos-
ta ao erro não punitiva (%) - - - - -
- 52

Gráfico 4.13. Atribuição do grau de segurança do doente. - - - - -
53

Gráfico 4.14. Média de respostas positivas nas 9 temáticas (em %) - - - - -
54

Abreviaturas

CSD – Cultura de Segurança do Doente

DGS - Direção Geral da Saúde

ENQS – Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde

IOM - *Institute of Medicine*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

QS - Qualidade em Saúde

SD - Segurança do Doente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TACSP – Técnico de Análises Clínicas e Saúde Pública

TSDT - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

TTP – Processo Total de Teste

1. Introdução

A qualidade e a segurança num sistema de saúde contribuem para a redução de erros evitáveis, melhoria do acesso a cuidados de saúde, da equidade e da possibilidade de inovação com que os serviços são prestados(1).

A qualidade pode ser descrita de acordo com a perspetiva de cada indivíduo. Esta poderá variar de acordo com a expectativa, cultura, tipo de serviço ou a necessidade de cada um. Desta forma, a qualidade em saúde (QS) consiste *“no produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam vários prestadores, com diversos níveis de formação, mas todos eles contribuem para o resultado (2).*

Por sua vez, a Segurança do Doente (SD) é descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a *“redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”(3).*

Estes dois conceitos são garantidos em Portugal, através da Lei de Bases da Saúde, Lei nº95/2019, de 4 de setembro, apresenta como um dos componentes fundamentais, a SD, um direito pessoal, que é a proteção da saúde de cada um. A lei afirma que as pessoas têm o direito de aceder a cuidados de saúde adequados à situação clínica, com prontidão e no tempo clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e com as boas práticas (4). O Estado apresenta um papel de promotor de saúde através da Direção Geral da Saúde (DGS), tendo o Departamento de Qualidade na Saúde funções específicas na temática. A DGS emite normas, orientações e informações no âmbito da qualidade e segurança do doente que são aplicadas ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), as Administrações Regionais de Saúde e de outras instituições (5).

Todos os profissionais de saúde encontram-se suscetíveis a erros ou incidentes que possibilitam o dano ao doente (6). De forma a manter o ritmo e a exigência do trabalho prestado, a OMS em 2013 afirmou que a formação e o treino dos médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais constitui a base da qualidade e da segurança na prestação de serviços nos cuidados de saúde (7). Os estudos até agora desenvolvidos nestas temáticas centram-se maioritariamente em duas classes profissionais: médicos e enfermeiros (8–10) não havendo muita informação disponível sobre as restantes classes profissionais, onde se incluem os Técnicos de Análises Clíni-

1 cas e Saúde Pública (TACSP).

2
3 Os TACSP, constituem um grupo profissional que quando enquadrado na Fun-
4 ção Pública, pertence à carreira especial de Técnicos Superiores de Diagnóstica e
5 Terapêutica (TSDT), composta por mais dezassete profissões. A atividade profissional
6 encontra-se devidamente reconhecida e regulamentada nos termos da lei, sendo a
7 Administração Central do Sistema de Saúde competente por este processo. De acordo
8 com o Decreto-Lei n.º 261/93 de 24 de julho, estes profissionais, podem desenvolver a
9 sua atividade “*ao nível da patologia clínica, imunologia, hematologia clínica, genética e*
10 *saúde pública, através do estudo, aplicação e avaliação das técnicas e métodos analí-*
11 *ticos próprios, com fins de diagnóstico e rastreio”*, todas componentes importantes da
12 prática clínica. Estes profissionais têm um papel central na prestação de cuidados de
13 saúde, uma vez que os resultados provenientes do seu trabalho contribuem para a
14 prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico das mais diversas patologias (11).

15
16 Os erros humanos são inevitáveis na prática clínica e as atividades desenvolvi-
17 das pelos TACSP não são exceção. Como comprovado pela literatura, estes erros
18 podem ocorrer devido à complexidade do conhecimento necessário, premência na
19 tomada de decisão, ao excesso de trabalho, à inadequada supervisão e ao deficiente
20 processo comunicativo entre profissionais, entre outros fatores. Os erros podem ocor-
21 rer em qualquer fase do processo de cuidados (12). Aproximadamente 60% a 70% das
22 decisões médicas envolvem análises laboratoriais para que seja possível fornecer um
23 diagnóstico ou tratamento (13). De acordo com as percentagens apresentadas, pode-
24 mos afirmar que qualquer erro ou incidente que decorra no âmbito laboratorial, poderá
25 ter impacto significativo no diagnóstico/prognóstico e segurança do doente.

26
27 O presente trabalho pretende analisar a perceção sobre SD no grupo profes-
28 sional dos TACSP em Portugal, dada a pertinência e necessidade de informação sobre
29 a temática. A inexistência de estudos publicados em Portugal, tornando este estudo
30 exploratório e de elevado impacto. Trata-se de uma temática atual, cuja população
31 alvo se encontra fracamente caracterizada. A pesquisa bibliográfica sustenta a neces-
32 sidade do envolvimento de todas as classes profissionais, contudo o presente grupo
33 não apresenta dados de forma isolada. De acordo com o Relatório Social do Ministé-
34 rio da Saúde e do SNS (2018) 25% do número total de TSDT correspondem TACSP. O
35 valor total de TSDT fornecido, relativo a 2018, é de 8568, sendo o valor aproxima-
36 damente de TACSP de 2142 (14). Os dados resultantes deste trabalho pretendem refletir
37 o conhecimento e averiguar possíveis recomendações para melhoria da cultura de

1 segurança do doente (CSD) relativamente a estes profissionais. Está descrito que a
2 cultura de segurança difere, em função da profissão, da interação com os doentes, da
3 certificação dos serviços e da formação efetuada em segurança do doente (15).

4
5 Neste trabalho de investigação, primeiramente aprovado pelo Conselho de Éti-
6 ca da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo I), foi escolhido como
7 base o instrumento de avaliação “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*” (HSPSC).
8 Foi utilizada a versão traduzida e validada para o contexto português denominada
9 “*Hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals*”. Para uso da mesma
10 foi obtida autorização da autora, a Professora Doutora Margarida Eiras (Anexo II).

11
12 Esta investigação teve por base as seguintes questões:

- 13 - Qual a perceção que os TACSP têm sobre CSD?
14 - Existem fatores que possam influenciar a CSD?

15
16 Para responder a esta questão, efetuou-se a presente investigação, que con-
17 siste num estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional e apresenta como
18 objetivo geral:

- 19 - Analisar a perceção dos TACSP a trabalharem no SNS sobre CSD, com o intuito de
20 identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria.

21
22 Como objetivos específicos:

- 23 - Caraterizar a população de TACSP;
24 - Analisar a perceção dos conhecimentos dos TACSP sobre SD;
25 - Relacionar a perceção de SD, com os anos de experiência/trabalho na área da saú-
26 de;
27 - Verificar se existe correlação entre a formação e os conhecimentos em SD;
28 - Com base nos resultados obtidos, identificar temáticas prioritárias para melhorar a
29 CSD nos TACSP.

2. Enquadramento teórico

2.1. Qualidade

O termo qualidade não é interpretado por todos os indivíduos da mesma forma. Diferentes autores apresentam definições de acordo com as suas convicções, aprendizagens e propõem uma abordagem distinta entre si. Contudo, este não é um conceito estático e devido às inúmeras interpretações há a necessidade de constante evolução e adaptação deste conceito a outras temáticas, como a saúde(16).

A qualidade, inicialmente aplicada num contexto industrial, altera-se de acordo com as necessidades e expectativas dos clientes, de acordo com Deming (16). Este afirma que a qualidade de um produto ou serviço apenas pode ser definida pelo cliente, pelo que esta *deve “traduzir as futuras necessidades do cliente em características mensuráveis, de modo que o produto possa ser projetado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar”* (16). Focado em processos de melhoria contínua, divulgou a abordagem sistemática para resolução rápida de problemas de gestão - método do Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), ou da melhoria contínua. Este método permite avaliar de forma cíclica, constante e planeada, todas as modificações e melhorias implementados, assim como estabelecer o seu resultado, sendo ainda utilizado na atualidade (17).

Após a Segunda Guerra Mundial, a era da gestão de qualidade total implicou que fossem consideradas todas as áreas, não apenas a manufatura neste processo. A criação de entidades reguladoras de qualidade nomeadamente a *American Society for Quality Control* e a *International Organization for Standardization* permitiu o desenvolvimento da temática aplicada a diversas áreas como a medicina, engenharia e a indústria(18).

Crosby (1979), afirma que os serviços /produtos ou serviços devem ser prestados com a máxima qualidade possível, definindo qualidade como a “conformidade com os requisitos”, e aposta na prevenção de falhas, denominada de “política de Zero-Defeitos”(19).

Juran (1988) define qualidade como uma forma de “adequação ao uso” relativamente às necessidades da indústria e do cliente. Para o autor, a gestão da qualida-

1 de é composta por três processos: o planeamento, o controlo e a melhoria contínua da
2 qualidade - Trilogia de Juran. Este último ponto, do ponto de vista do autor, deve ser a
3 prioridade para os gestores(20).

4
5 Em 1999, Imperatori define qualidade como “conjunto de propriedades e caracte-
6 rísticas de um bem ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer as necessida-
7 des explícitas ou implícitas dos clientes”. Torna-se num conceito multidimensional e
8 sistemático que tem como objetivo final a excelência independentemente da área em
9 questão.

11 2.1.2 Qualidade em saúde

12
13 Quando o termo “qualidade” é aplicado a saúde consiste num processo de me-
14 lhoria constante, de acordo com os objetivos traçados e os próprios parâmetros de-
15 terminados por cada instituição, mas sempre de acordo com orientações ou normas
16 pré-estabelecidas por entidades.

17
18 Historicamente conhecido como o pai da Medicina, Hipócrates (460 a 370 a.C.)
19 utilizou a expressão “*Primum non nocere*”, que significa – primeiro não causar dano.
20 Já na antiguidade, havia a noção que qualquer cuidado prestado poderia causar da-
21 nos. Ao longo das épocas históricas, outros autores contribuíram para a definição da
22 qualidade em saúde. Impera a maximização do bem-estar do doente, depois de ele
23 tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperado nas várias
24 fases do processo de prestação de cuidados de saúde (21). Apesar de diferentes auto-
25 res apresentarem diferentes visões sobre a definição deste tema, quando revisto, en-
26 contram-se associadas às mesmas dimensões na sua maioria (tabela 2.1).

27
28 Tabela 2.1 – Dimensões da qualidade em saúde entre diferentes autores. Adaptado (22)

Dimensões	Autores			
	Donabedian (1988)	NHS (1997)	IOM (2001)	WHO (2006)
Efetividade	X	X	X	X
Eficiência	X	X	X	X
Acessibilidade	X	X		X
Segurança		X	X	X
Adequabilidade	X			
Equidade	X		X	X
Competência Técnica/ Melhoria	X	X		

1 Estas dimensões pressupõem que os cuidados de saúde apresentem:

- 2 1- Efetividade: os cuidados são prestados com base em evidência que determina
3 melhores ganhos na saúde para indivíduos e comunidades resultante das su-
4 as necessidades;
- 5 2- Eficiência: maximização de recursos e minimização de desperdício;
- 6 3- Acessibilidade – distribuição oportuna, atempada, geograficamente razoável e
7 num ambiente em que tanto as competências como os recursos são adequa-
8 dos às necessidades da população;
- 9 4- Segurança – cuidados prestados de forma a minimizar os riscos e danos aos
10 indivíduos;
- 11 5- Equidade – qualidade dos serviços prestados não pode variar consoante as
12 características pessoais como o género, a raça, a etnia, a localização geográ-
13 fica ou níveis socioeconómicos.

14
15 Avedis Donabedian pode ser considerado o empreendedor na temática de quali-
16 dade e melhorias em serviços de saúde, na década de 60. O autor considerava que o
17 critério de “qualidade” consistiam em juízos de valor e apenas refletiam os valores de-
18 correntes das sociedades em causa. Mais tarde, nos anos 80, definiu que os pilares
19 para uma avaliação adequada de serviços de saúde eram:

- 20 - A estrutura (aspetos referentes ao local, matéria, recursos humanos e meios fi-
21 nanceiros);
- 22 - O processo: (ações desenvolvidas durante a prestação de serviços);
- 23 - Os resultados (resultado após a prestação) (23).

24 Através deste processo, foi possível entender que o conceito de qualidade depende
25 sempre de inúmeras variáveis e que os profissionais de saúde e as instituições pres-
26 tadoras de serviços de saúde são condicionadoras da mesma.

27
28 Entre 1997 e 2001, recorrendo aos dados provenientes de 2 relatórios diferen-
29 tes, é possível identificar que o termo Qualidade é percecionado de forma diferente e
30 os aspetos mais importantes estão modificados. Temáticas como a segurança e foco
31 no doente são um novo ponto a considerar (24).

32
33 Na atualidade, QS consiste num conjunto de oportunidades com vista a melho-
34 rias na vida dos doentes e também das instituições que os recebem. Um dos parâme-
35 tros principais em QS é foco no doente, tornando-se expectável que o aumento do
36 número de doentes tratados cause o aumento exponencial da qualidade nos serviços

1 prestados, com diminuição dos erros cometidos(25). Estas devem permitir a credibili-
2 dade dos resultados, assim como das instituições, tendo repercussões nos doentes e
3 na própria imagem da instituição (26).

4
5 A OMS afirma que *“um serviço de saúde com qualidade é aquele que organiza*
6 *os seus recursos da forma mais efetiva em resposta às necessidades sentidas, com*
7 *segurança, sem desperdício e de acordo com padrões de elevado nível e respeito pe-*
8 *los direitos humanos”* (27).

9
10 Em Portugal, as políticas de QS estão amplamente divulgadas, através do
11 Conselho Nacional de Qualidade na Saúde e do Instituto da Qualidade em Saúde,
12 através da elaboração de vários projetos, normas, orientações e programas de desen-
13 volvimento. A DGS define QS como “o grau com que os serviços de saúde disponíveis
14 para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde
15 desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual(2).

16
17 Atualmente encontra-se implementada a Estratégia Nacional para a Qualidade
18 da Saúde (ENQS), consiste num documento com orientações para implementação das
19 políticas da qualidade que pretende que as instituições e respetivos profissionais de
20 saúde, aquando da prestação de cuidados, respondam a inquéritos com critérios de
21 qualidade, através da utilização de indicadores pré-definidos (28). Estes indicadores
22 permitem a monitorização e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

23
24 Os indicadores em saúde medem a qualidade de forma quantitativa, identificam
25 problemas e dirigem a atenção para temáticas específicas de acordo com os resulta-
26 dos obtidos. Estes podem ser pontos fulcrais na revisão de protocolos ou na inserção
27 de alterações com vista da melhoria do serviço prestado. São representados sob for-
28 ma de taxa, índice, número absoluto ou número relativo e devem ter como caraterísti-
29 cas principais a fácil obtenção, sensibilidade, especificidade, simplicidade e custo re-
30 duzido (28). Nestes indicadores podem ser incluídos o conhecimento técnico-científico
31 dos profissionais, a relação interpessoal com o doente e a confiança demonstrada,
32 assim como a equidade no acesso aos serviços. As instalações das instituições pres-
33 tadoras de serviços podem também ser fator relevante na qualidade dos serviços pres-
34 tados, devido à valorização dada aos mesmos pelos utentes (ex: acessibilidade, priva-
35 cidade)(29).

2.2. Segurança do doente e a cultura associada

Em 2000, o Institute of Medicine (IOM) definiu a segurança do doente como “*freedom from accidental injury*” (12). Contudo, o termo SD, apesar de amplamente usado, está pouco clarificado e descrito. É um tema de âmbito global e pode haver diferentes visões dependendo da localização geográfica e diferentes realidades de acordo com culturas e o impacto financeiro na população (3).

Se inicialmente era colocada a hipótese de um evento adverso ocorrer intencionalmente, na atualidade, é possível perceber que ocorre devido à complexidade dos sistemas de saúde e as atividades a si associadas. Na atualidade SD é definida pelos processos de prestação de cuidados de saúde que evitam, previnem ou melhoram os resultados adversos ou danos relacionados com os próprios processos da prestação dos cuidados. Neste sentido é pretendido que haja o desenvolvimento de aptidões e formas de comportamentos específicos como a comunicação interpessoal, a liderança, o trabalho em equipa e o profissionalismo.

A OMS afirma que a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao “*conjunto de valores, crenças, normas, competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente.*”(3).

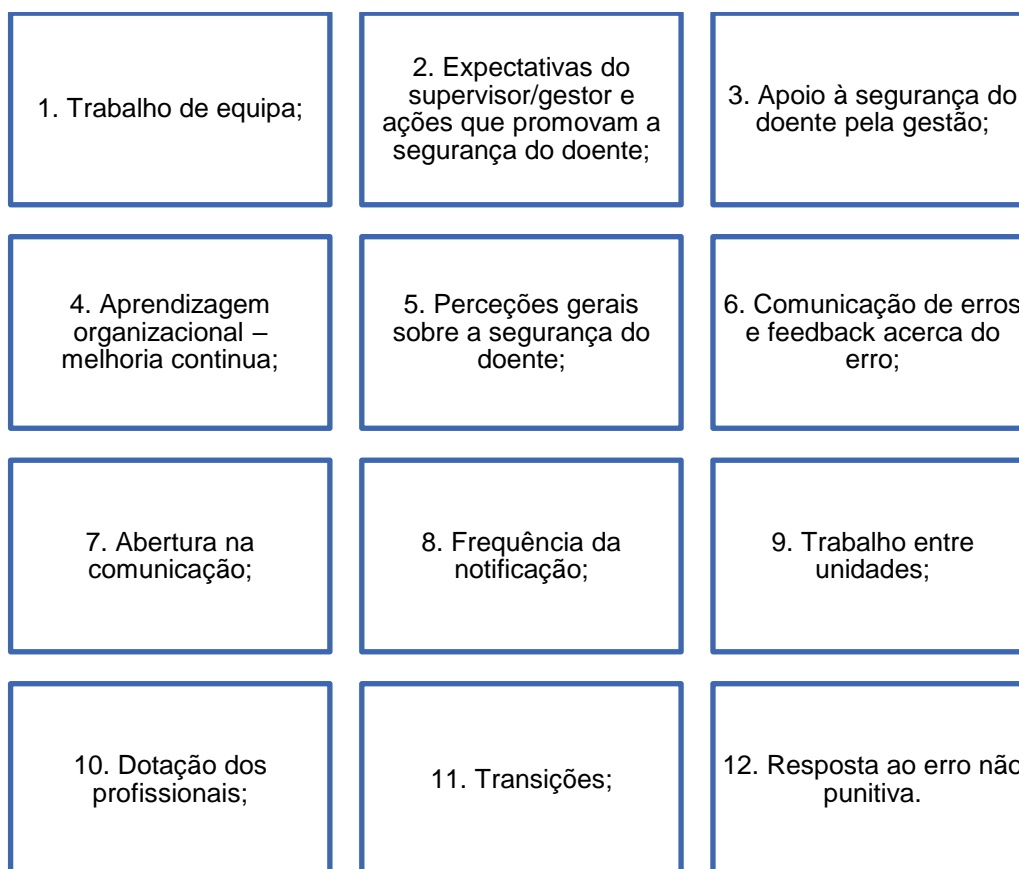
Apesar de CSD ser um conceito amplo e adaptativo às populações em causa, há pontos em comum entre diferentes definições, nomeadamente o facto de ser um conceito definido no nível do grupo ou da liderança, que se refere aos valores partilhados entre todos os membros do grupo ou organização. A CS é composta por questões formais da segurança na organização e que estão intimamente relacionados, mas não limitados, aos sistemas de gestão e supervisão, enfatizando a contribuição de todos, em todos os níveis de uma organização.

A elaboração da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011) permitiu a padronização e categorização da informação sobre SD. De salientar que a classificação pretende facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação obtida para melhorar os cuidados prestados aos doentes. Os conceitos considerados importantes para a interpretação da presente investigação encontram-se em anexo (anexo III).

2.2.1 Verificação de cultura de segurança do doente

Devido ao elevado número de fatores que influenciam a CSD, tornou-se imperativo uma forma de verificação da mesma. Em 2004, com recurso a questionário, surgiu a primeira ferramenta de avaliação. O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), foi traduzido e adaptado ao contexto português para “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”(22). O questionário HSPSC tem uma distribuição multidimensional, sendo composto por quarenta e dois itens, distribuídos por doze dimensões em oito secções, sob a forma de escala de Likert graduada em cinco níveis desde “discordo fortemente” ou “nunca” até “concordo fortemente” ou “sempre”, havendo também a opção “não se aplica”. Inclui ainda duas variáveis de questão única (Grau de Segurança do Doente e Número de Eventos Notificados nos últimos doze meses) para além de um grupo de questões socioprofissionais. O questionário original é composto por doze dimensões (figura 2.1)(22).

Figura 2.1 – As doze dimensões do HSPSC,



Podem ser agrupadas em três áreas distintas, de forma a facilitar a interpretação (tabela 2.2).

1

2 Tabela 2.2 – Reorganização das dimensões do questionário.

Dimensões a nível da unidade	1 – Trabalho de equipa dentro da instituição 2 – Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente 4 – Aprendizagem organizacional – melhoria continua 6 – Feedback e comunicação sobre o erro 7 – Abertura na comunicação 10 – Dotação de profissionais 12 – Resposta ao erro não punitiva
Dimensões a nível da organização hospitalar	3 – Apoio à segurança do doente pela gestão 9 - Trabalho em equipa entre unidades 11 – Transferências e transições hospitalares
Variáveis de resultado	5- Perceções gerais sobre segurança do doente 8- Frequência na notificação de eventos Número de ocorrências notificadas Grau de segurança do doente

3

4 As instituições são aconselhadas a desenvolverem a cultura de segurança e
5 de qualidade com o intuito de diminuição do erro clínico, visto este ser um problema de
6 saúde pública recorrente e uma das causas de fatalidades em ambiente hospitalar nos
7 Estados Unidos da América (30). Deve refletir-se na vontade de uma organização para
8 desenvolver e aprender com os erros, incidentes e acidentes(31) .

9

10 Há necessidade fundamental de fomentar uma cultura de segurança e, para
11 isso, é necessário ultrapassar algumas barreiras, como o receio de identificação do
12 erro seja associado a “incompetência profissional”. As instituições devem considerar
13 os erros como obstáculos a ultrapassar e oportunidades de melhoria após deteção da
14 origem do erro(32,33). Este processo só é possível através de equipas compostas por
15 profissionais motivados e equipas direcionadas para a correta segurança do doente,
16 sem prejuízo pela notificação de acontecimentos (30,34). Em termos práticos, para
17 que seja possível a implementação de processo de segurança deveremos atuar na
18 melhoria da comunicação e na gestão de equipas. A mudança de visão sobre segu-
19 rança do doente irá sempre implicar uma mudança organizacional, zelando pelo traba-
20 lho multidisciplinar e entre equipa (10,35). Este processo é moroso e de possível resis-
21 tência por parte das equipas prestadoras de cuidados (36). Também é importante per-
22 ceber a perceção do cidadão em relação à segurança do doente e as suas atitudes em
23 relação à qualidade dos cuidados de saúde.

24

25 De acordo com o relatório proveniente do *Patient Safety and Quality of He-*

1 *althcare*(37), quando aplicado a Portugal, foi observado que 64% dos portugueses
2 afirmam que há risco em sofrer danos durante a prestação de cuidados hospitalares.
3 Contudo, apenas 13% indica que alguma vez sofreu danos(38). Em relação aos dados
4 totais, em relação aos restantes estados-membros europeus, é possível verificar que
5 Portugal apresenta um aumento de risco percecionado por parte do cidadão (restantes
6 estados-membros da União Europeia apresentam um risco de ocorrer dano de 50%),
7 contudo os danos obtidos encontram-se em menor número (restantes estados-
8 membros da União Europeia apresentam danos em cerca de 26% dos entrevista-
9 dos)(37).

10
11 Estima-se entre 8 e 12% dos doentes admitidos nos hospitais sofrem eventos
12 adversos no decorrer da prestação de cuidados, referindo que o dano com maior pre-
13 valência são as infeções hospitalares (aproximadamente 25% do número total de da-
14 nos)(33). Os restantes danos mais comuns estão interligados com dispositivos médi-
15 cos e hospitalares, cirurgias, erros de diagnóstico e medicação.

17 **2.3 Cultura de segurança do doente em Portugal**

18
19
20 Em Portugal, existe uma atenção crescente e constante para os aspetos de
21 segurança do doente e da gestão do risco. Em 2008, através da adesão aos desafios
22 da *World Alliance for Patient Safety* da OMS, inicialmente para a prevenção das infe-
23 ções e das resistências aos antimicrobianos através da higiene das mãos e posterior-
24 mente com vista à diminuição dos eventos adversos na prestação de cuidados cirúrgi-
25 cos, através do programa “*Cirurgia Segura Salva-Vidas*”. Entre 2008 e 2010 juntamen-
26 te com os restantes estados-membros da EU, participou no projeto *European Network*
27 *for Patient Safety* que consistia na colaboração entre as instituições e profissionais, o
28 que originou novos conhecimentos na área da formação contínua, recomendações e
29 partilha de novos avanços na informação disponível.

30
31 Em 2012, por ser um tema globalizado e necessário a compreensão de todos
32 os envolvidos, foi publicada a tradução da “*Estrutura Concetual da Classificação Inter-*
33 *nacional sobre Segurança do Doente*” da OMS, tornando-se a referência a seguir na
34 comunicação. A criação da plataforma “*Notific@*”, em 2013, é também um marco no
35 processo de notificação de eventos. É um sistema gratuito, que visa identificar as cau-
36 sas dos eventos para possibilitar a tomada de medidas corretivas, sempre sem inten-
37 ção punitiva e confidencialidade assegurada. A DGS, elaborou e publicou, durante um

1 vasto período, normas e orientações direcionadas às áreas de SD. Como exemplo há
2 Orientação nº 018/2011, correspondente Identificação inequívoca de doentes ou a
3 Norma n.º 025/2013 e n.º 005/2018 Avaliação da cultura de segurança nos hospitais.
4 Encontram-se englobados na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-
5 2014, que foi partilhada todo o SNS, com respeito pelos valores da responsabilidade
6 e transparência.

7
8 Em 2015, foi publicado uma nova versão (ENQS 2015-2020) cujo principal
9 objetivo era o aumento da cultura de segurança, que para garantir a implementação,
10 os serviços eram avaliados semestralmente.

11
12 Contudo a adesão foi diminuindo com o avançar dos anos, quando em 2014
13 houve a participação de 55 unidades e 17.928 profissionais correspondendo a 18,3%
14 do número global de profissionais. Em 2020, com participação de 38 unidades e 7.360
15 profissionais correspondendo a 13,8% do número global de profissionais. Referente às
16 avaliações ocorridas entre 2014 e 2020, a DGS evidencia que a dimensão “Trabalho
17 em equipa” apresentou percentagem média de respostas positivas mais elevada em
18 todos os hospitais participantes, sempre superior a 50%. Como ponto negativo, as
19 dimensões “Dotação de profissionais” e “Resposta ao erro não punitiva” foram as que
20 apresentaram a percentagem média de respostas positivas mais baixa em todos os
21 hospitais participantes, com valores inferiores a 50%(39).

22
23 A CSD é uma das prioridades de saúde pública e componente crítica para a
24 qualidade dos serviços de saúde. É considerada como ponto fulcral para redução de
25 incidentes na prestação de cuidados com inclusão de todos os intervenientes no pro-
26 cesso, onde englobam também os próprios doentes, familiares e/ou cuidadores. O
27 PNSD reforça a necessidade de interação entre líderes e equipas de trabalho, com
28 canais de comunicação eficazes e eficientes e ferramentas de prevenção/gestão de
29 incidentes adequadas aos profissionais, sempre com zelo pela transparência e ausên-
30 cia de culpabilidade dos mesmos (40).

31
32 Em Portugal, está atualmente em vigor o Plano Nacional para a Segurança dos
33 Doentes 2021-2026 (PNSD 21-26), fruto da implementação sucessiva de processos
34 com vista da melhoria constante. O PNSD anteriormente em vigor tinha incidência em
35 questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de do-
36 entes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medica-
37 ção, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde e a notifi-

1 cação de incidentes de segurança. O PNSD em vigor assenta em 5 pilares:

- 2
- 3 1. Cultura de segurança: prioridade de saúde pública e uma componente crítica
- 4 na qualidade dos serviços de saúde. Ponto fulcral para a redução de incidentes
- 5 e assim garantir a segurança dos procedimentos;
- 6 2. Liderança e governança: As lideranças e os gestores das instituições de saúde,
- 7 ao priorizarem, desenvolverem e criarem condições centradas na segurança
- 8 dos doentes, conduzem a instituição para um nível confiança e abertura para
- 9 discutir e antecipar as fragilidades do sistema;
- 10 3. Comunicação: visa o desenvolvimento e a implementação de estratégias e fer-
- 11 rramentas, utilizando os meios digitais na promoção das boas práticas clínicas e
- 12 de gestão visto que a comunicação, quer entre profissionais e com o utente,
- 13 em todo o percurso do doente, é vital para a qualidade e segurança da presta-
- 14 ção de cuidados;
- 15 4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança: assenta na notificação de in-
- 16 cidentes de segurança assente em princípios de não culpabilização dos profes-
- 17 sionais de saúde notificadores, permitindo a aprendizagem e evitando a repeti-
- 18 ção do erro;
- 19 5. Práticas seguras em ambientes seguros: A capacidade de Garantir ambientes
- 20 seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um es-
- 21 forço de todos os intervenientes para assegurar condições físicas, técnicas e
- 22 operacionais necessárias(40,41).

23 Quando questionados sobre a CSD, profissionais de saúde evidenciam o traba-

24 lho de equipa como um elemento fulcral na segurança assim como a comunicação

25 aberta e a notificação de eventos (8,15).

26

27 Existem estudos desenvolvidos em Portugal afirmam que o processo de credi-

28 tação introduzido na década passada, originou o desenvolvimento e procura na cultura

29 de segurança do doente. É demonstrado progresso nas temáticas relativas a imple-

30 mentação de sistemas de notificação, de sistemas eletrónicos de prescrição, à pre-

31 venção das quedas e à diminuição das infeções hospitalares (42).

32

33 A nível investigacional, denota-se o aumento contínuo ao longo dos anos. Para

34 a presente investigação decidiu-se evidenciar os seguintes estudos:

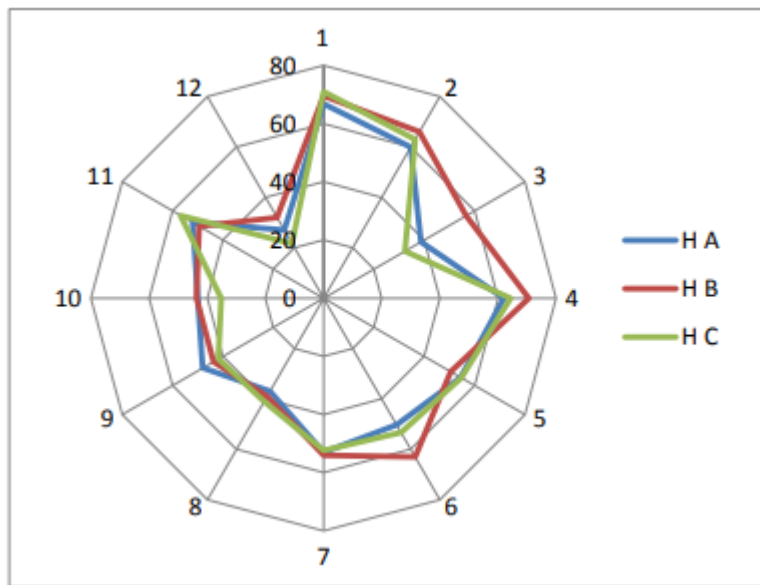
35 - “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investiga-

36 ção ação numa Unidade de Radioterapia” estudo composto por duas partes, a primeira

1 parte composta por participantes de origem multiprofissional, realizado em três unida-
2 des de saúde, na versão portuguesa e em papel. A amostra era composta por 1113
3 participantes. Quando comparados os valores obtidos, foi possível à autora concluir
4 que a média de respostas positivas em cada instituição era semelhante, ou seja, di-
5 mensões consideradas mais fortes obtinham valores semelhantes mesmo diferindo a
6 unidade de trabalho, como demonstrado na figura abaixo (figura 2.2)(22).

7

8 Figura 2.2 – Percentagem de valores positivos nas 12 dimensões (identificadas na figu-
9 ra com números). Fonte:(22)



10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

Uma segunda parte correspondente apenas a profissionais de saúde que executavam funções numa única unidade de radioterapia. Permitiu demonstrar o uso do questionário como ferramenta de melhoria, fomentou o contato interprofissional, gerando os pontos fracos e fortes, assim como permitiu identificar as oportunidades de melhoria daquele serviço em específico e monitorizá-las. Ao realizar avaliação em três momentos distintos permite também verificar a aderência dos profissionais ao estudo, o que neste caso foi surpreendentemente superior ao esperado. Esta situação foi atribuída como resultado das medidas de implementação de ações de CSD.

- “Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro” composto por participantes de origem multiprofissional, realizado em unidade de saúde isolada, na versão traduzida portuguesa e em papel. A amostra era composta por 536 participantes. O estudo, semelhante ao panorama europeu, evidenciou como ponto forte as dimensões “trabalho em equipa” e “aprendizagem organizacional-melhoria contínua”(43).

1
2 - “Avaliação Da Cultura De Segurança Do Doente Num Centro Hospitalar Da
3 Região Centro” igualmente composto por participantes de origem multiprofissional,
4 realizado em três unidades de saúde em simultâneo, com o objetivo de comparar a
5 CSD em cada um, identificando as áreas prioritárias a intervencionar. A amostra era
6 composta por 303 participantes. Os pontos fortes identificados neste estudo voltam a
7 evidenciar que a entreajuda e respeito entre os profissionais e presença ativa de supe-
8 riores hierárquicos, atendendo aos problemas relacionados com a segurança do doen-
9 te, criam oportunidade para que os profissionais fomentem a melhoria continua da
10 segurança do doente(15).

11
12 - “Cultura De Segurança Do Doente No Bloco Operatório: Subsídios Para A
13 Qualidade Dos Cuidados De Saúde” composto com participantes oriundos de um úni-
14 co local de trabalho (bloco operatório), sendo a amostra composta em exclusivo pela
15 equipa médica e de enfermagem, tendo um total de 113 participantes. Novamente, a
16 dimensão em destaque foi o “Trabalho de equipa”(44).

17
18 Quando os estudos acima identificados são comparados, é possível identificar
19 o mesmo padrão, ou seja, as categorias com valores médios mais altos mantêm-se as
20 mesmas ao longo do período. O mesmo sucede com os valores médios mais baixos,
21 com exceção do último estudo, que apresenta como das dimensões com maior robus-
22 tez a “Abertura na comunicação” (figura 2.3).

23
24 Tabela 2.3– Resumo da média de respostas positivas, de acordo com o estudo e dimensão em causa.
25 Evidenciado (cor verde) valor médio mais elevado e (cor rosa) valor médio mais baixo.

		Média de respostas positivas (%)			
		Margarida Eiras (2011)	Teresa Peralta (2012)	Marina Costa (2014)	Ricardo Silva (2019)
Dimensão	Trabalho de equipa	69,0%	72,7%	77,0%	64,4%
	Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	63,0%	63,3%	42,6%	39,4%
	Aprendizagem organizacional – melhoria continua	66,0%	71,1%	63,7%	34,0%
	Perceções gerais sobre a segurança do doente	53,0%	51,4%	53,7%	39,0%

Comunicação de erros e <i>feedback</i> acerca do erro	56,0%	62,4%	46,5%	22,4%
Abertura na comunicação	53,0%	57,9%	52,7%	46,0%
Frequência da notificação	39,0%	28,4%	36,1%	13,0%
Dotação dos profissionais	41,0%	38,8%	26,9%	25,1%
Resposta ao erro não punitiva	27,0%	23,1%	25,4%	26,0%

1

2 2.4 Erros em medicina

3

4 Os erros em medicina consistem em atos ilícitos, ou na sua maioria, inconsci-
5 entes no exercício de funções. O erro consiste numa *“falha na execução planeada de*
6 *uma ação, uso errado, impróprio ou incorreto de um plano para atingir um objetivo”*(2).
7 É também considerado como *“Um termo genérico para abranger todas as situações*
8 *nas quais uma sequência planeada de atividades mentais ou físicas não conseguem*
9 *atingir o resultado desejado”*. Podem decorrer em diferentes estádios do processo no-
10 meadamente:

11 - Diagnóstico: erro ou atraso, falha no requisito de meios complementares de
12 diagnóstico, uso inadequado de testes/terapias ou falhas na monitorização dos resul-
13 tados;

14 - Tratamento: erro no desempenhar de procedimentos ou exames, erro na ad-
15 ministração de medicação ou medicação com dose inadequada, tratamento inadequa-
16 do ou atraso na prestação de tratamento;

17 - Prevenção: falha em tratamento profilático, *follow-up* inadequado ou inexisten-
18 te;

19 - Outros: falha de equipamentos, comunicação inadequada ao utente.

20

21 Estes erros podem ser categorizados (Anexo IV).

22

23

24 Um só erro pode ter diversas origens em simultâneo e por isso ser categoriza-
25 do em diferentes categorias. Todos estes erros são influenciáveis no *outcome* do do-
26 ente e podem ter influência ou resultado proveniente do laboratório de análises(45,46).
27 Os erros podem ocorrer por falhas ou enganos. As falhas, como os erros, podem ser
28 de origem passiva, em que são apresentadas consequências tardias e que podem ter
29 efeitos adversos ocultos por longos períodos. Ou de origem ativa em que correspon-
30 dem a erros precipitados, difíceis de antecipar e têm impacto adversos imediato

1 (47,48). O engano é uma ação que se pode ajustar exatamente ao plano, mas o plano
2 é inadequado e não permite atingir resultado esperado.

3
4 No decorrer do processo também pode haver erros provenientes de lapsos ou
5 deslizes, atos imprudentes ou ainda casos de má prática e negligência. O deslize ocor-
6 re quando na execução de uma ação corretamente indicada há um erro não intencio-
7 nal, na sua maioria causados por interrupções numa rotina previamente determinada.
8 Os lapsos envolvem na grande parte falhas de memória, ou seja, esquecimento no
9 decorrer de uma sequência de ações. Nos atos imprudentes, o indivíduo está consci-
10 ente do risco e disposto a praticar a ação na mesma. A má prática é definida como
11 *“Falta de cuidado ou destreza por parte dum profissional que cause perda ou dano e*
12 *resulte em responsabilidade legal”* e *“Conduta imprópria e/ou antiética, falta de destre-*
13 *za não razoável por um titular de uma posição profissional ou oficial”*(49,50).

14
15 Está descrito que na atualidade, os fatores que mais contribuem para o aconte-
16 cimento dos eventos acima mencionados são:

- 17 - Falta de comunicação efetiva entre profissionais de saúde;
- 18 - Sobrecarga de trabalho;
- 19 - Falta de meios humanos e materiais;
- 20 - Diminuição de formação;
- 21 - Falta de transparência e responsabilidade do sistema de saúde;
- 22 - Pressão financeira para supressão de custos (51,52).

23
24 Além destes fatores, deve-se ter em consideração que os profissionais de saú-
25 de são, tal como todos os seres humanos, expostos a fatores externos que podem
26 influenciar o seu estado físico e mental. Estados de má hidratação e alimentação são
27 responsáveis por diminuição das capacidades cognitivas em cerca de 15-20%. Contu-
28 do este decrescimento das capacidades cognitivas é lento e torna-se impercetível ao
29 próprio. Alterações emocionais como a raiva ou a tristeza também influenciam facil-
30 mente o julgamento, assim como a capacidade de análise e tomada de decisões.
31 Quando elevadas quantidades de trabalho são associadas a *multitasking* e à presença
32 de distrações ou interrupções, está-se perante as situações que implicam maior erro
33 de risco nos profissionais(53,54).

35 **2.5 Laboratório de análises clínicas**

1 A importância das análises clínicas é um facto que tem sido demonstrado ao
2 longo da evolução da medicina, tendo sido previamente descrito como “*the nerve cen-*
3 *ter of diagnostic medicine*” devido a ser a fonte principal de informação para a preven-
4 ção, diagnóstico, monitorização e prognóstico de doente (55). Os serviços prestados
5 por profissionais desta área estão classificados como um dos dez serviços essenciais
6 ao sistema de saúde americano segundo o IOM (56). A qualidade associada a labora-
7 tórios de patologia clínica tinha inicialmente como foco principal a precisão dos valores
8 analíticos obtidos. Esta definição evoluiu, atualmente é mais abrangente a todos os
9 processos incluídos nas fases de impacto da rotina laboratorial, para que seja possível
10 obter não só informação precisa, mas também de significância para a decisão clínica.
11 Os indicadores de qualidade associados a laboratórios clínicos estão estabelecidos de
12 forma a avaliar todas as fases do processo, permitindo também a monitorização dos
13 mesmos e a obtenção de acreditação para desempenho de funções de acordo com
14 ISO 15189:2012(57) . Contudo é necessário compreender que laboratórios que utili-
15 zam diferentes métodos, terão resultados diferentes e que os mesmos não são com-
16 paráveis. Os resultados previstos nem sempre são os esperados, contudo podem ser
17 uma reflexão do estado do doente (58–60).

18
19 O conjunto de processos no laboratório pode também denominar-se de proces-
20 so total de teste (TTP) e poderá implicar erros em qualquer uma das fases. Este pro-
21 cesso inicia-se quando o clínico decide acerca do teste a solicitar, se o mesmo é ade-
22 quado para uma determinada situação e termina quando a interpretação dos resulta-
23 dos induz decisões médicas (61).

24
25 O TTP é composto por três fases:

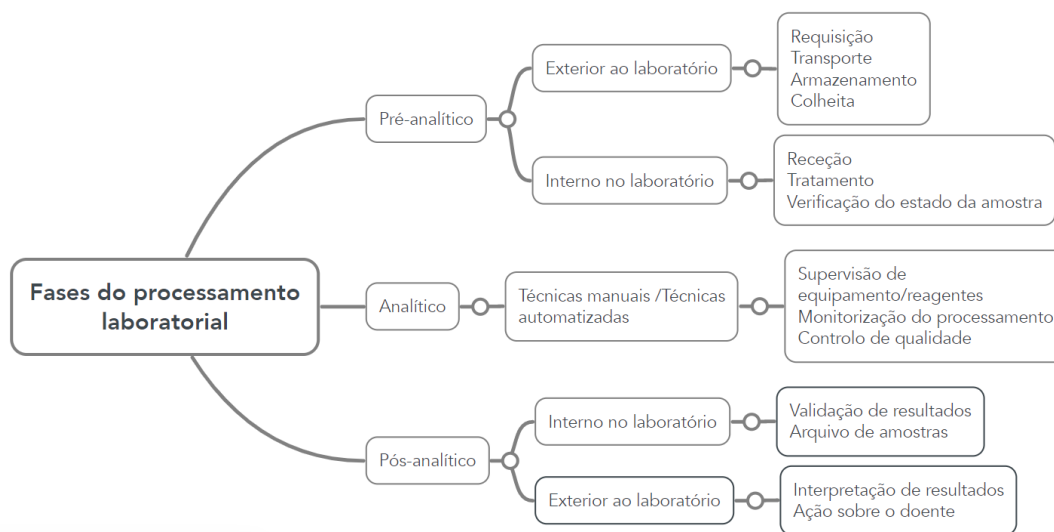
- 26 • Pré-analítica: é a fase que corresponde desde a observação médica para a es-
27 colha dos parâmetros analíticos mais adequados a requisitar para a situação
28 clínica do doente até ao momento de chegada da amostra biológica ao labora-
29 tório. Inclui o momento da prescrição, registo administrativo, colheita de amos-
30 tra biológica e o transporte e armazenamento adequado. Estima-se que os er-
31 ros ocorridos durante este processo correspondem entre 46% a 83,2% do nú-
32 mero total de erros (62). De acordo com a ISO 15189:2022, é a fase que ne-
33 cessita de maior avaliação, monitorização e melhorias(57). Os erros mais co-
34 muns na fase pré-analítica são a incorreta identificação de amostras, requisi-
35 ção médica inadequada, contentor inadequado ao pedido ou ao transporte, vo-
36 lume do contentor inadequado, fraca qualidade da amostra recolhida (63). A
37 grande problemática é que nem todos os procedimentos desta fase são reali-

1 zados pelo laboratório, havendo assim fatores externos a influenciar os resul-
2 tados. Requer, por parte do laboratório como principal responsável, sensibilizar
3 os restantes departamentos/utentes para os cuidados a ter com as variantes
4 externas e a sua implicância no resultado(64). O laboratório deve assim definir
5 critérios de aceitação ou rejeição de amostras de acordo com o processo de
6 colheita, transporte e armazenamento e monitorizá-los(65).

- 7
- 8 • Analítica: é a fase que corresponde à preparação da amostra para ser analisa-
9 da até à obtenção de resultados analíticos. Os erros associados a esta fase re-
10 lacionam-se na sua maioria com a parte instrumental, nomeadamente falhas no
11 controlo de qualidade e calibração, erros de comunicação entre o equipamento
12 e o sistema informático ou baixa sensibilidade da técnica em utilização (66).
13 Estima-se que sejam 7% a 13% dos erros totais ocorridos (47). Esta fase é
14 controlada através de sucessivas práticas de controlo de qualidade, quer ex-
15 terno para avaliação de exatidão analítica, quer interno para avaliação de pre-
16 cisão analítica. A primeira realizada por entidades externas e segunda realiza-
17 da pelo próprio laboratório com o intuito de permitir o controlo do resultado das
18 análises enquanto as mesmas são executadas(67).

- 19
- 20 • Pós-analítica: é a fase que corresponde à interpretação dos resultados obtidos
21 até à sua validação, valorizando a clínica de cada doente. Os parâmetros analí-
22 ticos sofrem interferências *in vivo* pelo que neste momento é fulcral a história
23 clínica adequada e atualizada. As interferências mais comuns são a idade, se-
24 xo, etnicidade ou fatores de pré-disposição a determinadas patologias, todas
25 de origem biológica. Existem ainda fatores como a dieta alimentar, exercício fí-
26 sico, ciclo menstrual ou gravidez, que apesar de não serem fatores biológicos
27 afetam o bem-estar pessoal (60). Estima-se que sejam 18,5% a 47% dos erros
28 totais ocorridos (47). Esta fase também pode sofrer erros cometidos pelos pro-
29 fissionais, como a incorreta introdução de resultados no sistema, validação de
30 resultados anómalos sem confirmação do historial clínico/qualidade de amos-
31 tra.

1 Figura 2.3 – Etapas do processamento laboratorial. Fonte:(61,65,66,68,69)



2
3
4 Estima-se, na totalidade, uma taxa de erro <10% em resultados laboratoriais
5 (47,70). Os erros ocorridos, além do impacto pessoal nos utentes, estão associados a
6 aumentos orçamentais às instituições de saúde(71).

7
8 Num processo complexo, torna-se imperativo a implementação de matriz de
9 risco, também denominada de análise dos modos e efeitos de falhas. Esta ferramenta
10 preventiva permite identificar os erros, geri-los de acordo com a sua pertinência e fre-
11 quência, implementar medidas preventivas e monitorizar o seu efeito. Durante a ela-
12 boração, devem ser definidos três índices principais:

- 13 - Gravidade: corresponde à severidade atribuída ao resultado da possível falha;
14 - Frequência: corresponde à probabilidade de ocorrência da falha;
15 - Detetabilidade: identifica a possibilidade de a falha ser detetada a tempo.

16 A utilização destes índices permite calcular o índice de prioridade de risco, facilitando a
17 identificação de necessidades de melhorias/alterações. Deve ser feita uma escala de
18 acordo com a classificação adequada dos parâmetros. Este valor é possível obter
19 através da multiplicação dos índices anteriormente indicados. De referir que a avalia-
20 ção dos mesmos é independente, não tendo impacto nos restantes(72,73).

21
22 O exemplo apresentado permite visualizar, de forma simplificada, a gravidade e a fre-
23 quência de determinados erros no decorrer das três fases do processamento analítico
24 (tabela 2.4).

Tabela 2.4 – Exemplo de matriz de risco simplificada de um serviço de patologia clínica.

Fase	Tipo de Erro	Descrição do Erro	Resultado do Erro	Frequência	Detetabilidade	Prioridade	Gravidade	Medidas Preventivas
Pré-analítica	Pedidos com amostra insuficiente	Problemas na distribuição de amostra //colheita difícil	Repetição da colheita	Frequente	Alta	Baixa	Baixa	Divulgação de orientações pré-analíticas
Pré-analítica	Utente com requisição de outra pessoa	Não confirmação dos dados / despiste no atendimento	Resultado errado ou inexistente	Quase nada frequente	Alta	Alta	Alta	Confirmação dos dados do utente
Analítica	Controlo fora da validade	Não verificação	Resultados anómalos	Pouco frequente	Moderada	Alta	Alta	Verificação diária e confirmação de datas de validade
Analítica	Amostra hemolisada	Colheita inadequada /colheita difícil	Interferência analítica / Repetição de colheita	Frequente	Alta	Média	Média	Formação aos colaboradores
Pós-analítica	Problemas de comunicação informática	Sistema informático externo	Equipamento e analisador não recebem comunicação	Pouco frequente	Moderada	Baixo	Baixo	Backup recorrente
Pós-analítica	Introdução manual errada dos resultados	Introdução manual / Sistemas informáticos sem comunicação	Resultados errados	Pouco frequentes	Baixa	Alta	Alta	Pedido eletrónico

Este segundo exemplo, mais complexo e completo, está aplicado às falhas no processo de colheita (tabela 2.5)

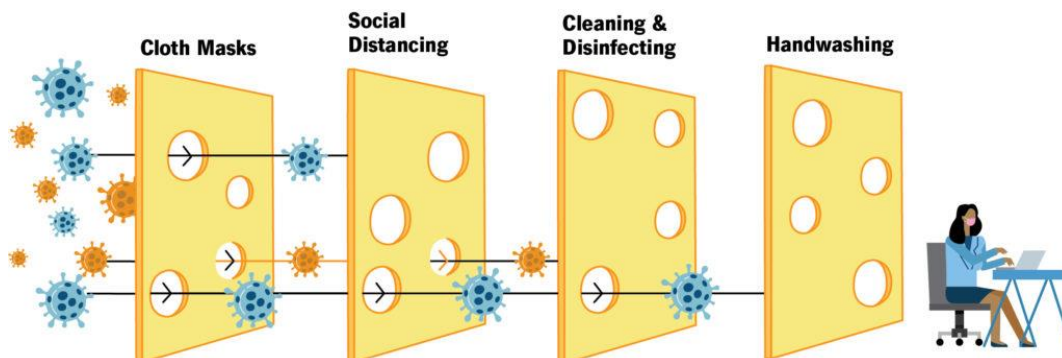
Tabela 2.5 – Tabela “Fail mode and analysis” (FMAE) para o processo de colheita. Fonte: (58).

FMEA - Análise dos Modos de Falhas e Seus Efeitos							FMEA Nº 2		
FMEA: Processo									
PROCESSO: Coleta				DATA DE INÍCIO: 01/02/2018					
RESPONSÁVEL: Supervisor do Laboratório				PREPARADO POR:			REVISÃO: 05/02/2018		
FALHA DO PROCESSO	MODO DE FALHA POTENCIAL	EFEITO (S) DE FALHA POTENCIAL	SEVERIDADE (S)	CAUSA (S) POTENCIAL DE FALHA	OCORRÊNCIA (O)	CONTROLE ATUAL DE PREVENÇÃO	CONTROLE ATUAL DE DETECÇÃO	DETECÇÃO (D)	RISCO (RPN)
Identificação de amostra de urina sem etiqueta	Segunda identificação de amostra não realizada	Falta da etiqueta de confirmação dos dados, retrabalho	9	Desatenção, pressa	6	Reuniões mensais sobre o passo a passo da coleta	Checkagem pelas biomédicas do laboratório visualmente	6	324
Mesma amostra com horários diferentes	Amostras coletas no mesmo horário identificadas erroneamente	Divergência na análise de resultados	10	Desatenção dos funcionários, pressa	3	Reuniões mensais sobre o passo a passo da coleta	Checkagem pelas biomédicas do laboratório visualmente	6	180

Esta ferramenta de análise e gestão de risco necessita de envolvimento e empenho por parte de todos os profissionais, uma abordagem delineada e dinâmica para que se consiga alcançar melhorias de forma constante e consistente(74).

Outro modelo amplamente aplicado, não só nas análises clínicas consiste no “Modelo do queijo suíço”. É uma ferramenta que permite a representação de várias camadas de defesa e as potenciais falhas em sistemas complexos. O autor comparou as diferentes camadas de defesa com fatias de queijo suíço, em que os buracos representavam potenciais falhas. Tinha como princípio de que as falhas não são originadas por um ato único, mas sim por uma combinação de fatores múltiplos. Demonstra a necessidade de identificar e corrigir as falhas, para evitar que os fatores se alinhem e originem uma potencial falha(75–77).

Figura 2.4 – Modelo do queijo suíço aplicado à infecção por SARS-COV. Fonte: <https://consultqd.clevelandclinic.org/how-to-talk-to-your-patients-about-covid-19-precautions/>



1 Os métodos anteriormente mencionados são ferramentas funcionais e essenci-
2 ais para garantir qualidade, segurança e eficiência da rotina laboratorial, A matriz tem
3 como principal vantagem de ser um método visual, que permite facilmente priorizar as
4 ações de maior impacto e de pior prognóstico, através da identificação das falhas atu-
5 ais ou potenciais. A combinação de diferentes métodos permite uma abordagem mais
6 abrangente para a gestão de risco e com o objetivo de garantir a conformidade e segu-
7 rança(78,79).

8 É sempre importante lembrar que todos estes procedimentos devem ser realizados
9 por equipas multidisciplinares, onde se incluem os profissionais em foco nesta investi-
10 gação.

3. Metodologia

3.1. Caracterização de estudo

O presente trabalho de investigação é um estudo de caráter descritivo, transversal, correlacional e caráter quantitativo. Esta determinação assenta na seguinte fundamentação teórica(80,81):

- Descritivo: pretende descrever determinada situação/ população/ frequência de ações de acordo com o objetivo definido. Permite demonstrar causalidade entre eventos e associação entre diferentes variáveis em estudo;
- Transversal: foca-se num único grupo de participantes num único momento;
- Correlacional: pretende estabelecer relações entre diferentes parâmetros;
- Quantitativo: recolha de dados observáveis e quantificáveis.

3.2. População em estudo

3.2.1 População alvo

A população-alvo de um estudo tem por base um grupo de sujeitos que partilham características em comum, definidas por um conjunto de critérios (80). Neste estudo, a população-alvo são TACSP a exercer funções no SNS. A escolha desta população assenta na seguinte informação:

- Conhecimento do número de profissionais a exercer funções. Estipulou-se uma população-alvo (N) de 2142 profissionais de acordo com os dados disponíveis em 2018 (14).

Com o objetivo de calcular um número adequado de participantes recorreu-se à seguinte fórmula $n=1,96^2P(1-P) /E^2$, na qual o valor 1,96 corresponde ao valor de distribuição padrão normal para um nível de confiança de 95%. O valor P corresponde à porção esperada de prevalência e E ao erro de precisão da estimativa. Não havendo dados presentes sobre a prevalência dos dados em estudo, a mesma é assumida como 50% (P=0,5), sempre considerando que o erro mínimo admissível é de 5% (E=0,05) (81,82).

O valor obtido foi de 384 participantes.

3.2.2. Critérios de exclusão

1 Foram critérios de exclusão dos participantes:

- 2 • Não exercer funções no SNS;
- 3 • Não exercer funções em serviço de Patologia Clínica/Medicina Labora-
- 4 torial;
- 5 • Ausência do serviço (e.g. Licença/baixa médica) por um período superi-
- 6 or a 12 meses contínuos.

7 **3.3. Instrumentos de recolha de dados**

8
9 Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário, disponível em
10 formato online através da plataforma *Google Forms*. O método apresenta como vanta-

11 gens:

- 12 • possibilidade de inquirir um elevado número de profissionais em simultâ-
- 13 neo;
- 14 • dados obtidos de forma rápida e pouco dispendiosa;
- 15 • facilidade no que corresponde ao anonimato;
- 16 • facilidade de compilação dos dados recolhidos

17
18 O instrumento utilizado corresponde a um questionário disponibilizado via *online*, com
19 um tempo de preenchimento estimado de aproximadamente 10 minutos. Apresenta
20 inicialmente uma contextualização do estudo em causa, seguida dos critérios de inclu-

- 21 são, que quando não cumpridos dirigem os participantes para a última página do ques-
- 22 tionário. Quando os participantes cumprem os critérios, o questionário é composto por
- 23 duas partes:
- 24 I. conjunto de questões que permitam descrever socio demograficamente a
 - 25 população em estudo
 - 26 II. utilização do questionário HSPSC na versão traduzida e validada para por-
 - 27 tuguês “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em hospitais”, da
 - 28 autoria da Professora Doutora Margarida Eiras.

29 Este questionário está dividido em oito secções, de A a H. Termina com um espaço
30 para comentários que se considerem oportunos relacionados com a temática em estu-

31 do.

32
33 Tabela 3.1 – Secções do Questionário HSPSC.

Secção	Âmbito	n.º questões
A	Serviço/Unidade de trabalho	18

B	Superiores Hierárquicos	4
C	Comunicação	6
D	Frequência de notificação de evento	3
E	Grau de segurança do doente	1
F	Âmbito hospitalar	11
G	Número de eventos/ocorrências notificadas	1
H	Dados socioprofissionais	7

1

2 O presente estudo englobou apenas as secções A, B, C, D, e E. As secções F
3 e G não foram englobadas por não irem de encontro aos objetivos principais. A secção
4 H foi reformulada para estar de acordo com a população em estudo e direcionada para
5 a caracterização sociodemográfica da mesma.

6 As doze dimensões mencionadas estão descritas no quadro abaixo(22).

7

8 Tabela 3.2 – As doze dimensões do questionário HSPSC e respetivas questões.

Dimensão	Itens
1. Trabalho de equipa	Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se (A1)
	Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho muito rapidamente, trabalhamos juntos como uma equipa para o conseguir fazer. (A3)
	Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito (A4)
	Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio (A11)
2. Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	O meu supervisor/diretor tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos (B1)
	O meu supervisor/diretor leva seriamente em consideração sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente (B2)
	Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso ponha em causa a segurança do doente (B3)
	O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente rapidamente (B4)
3. Apoio à segurança do doente pela gestão	A direção do Hospital proporciona um ambiente que promove a segurança do doente (F1)
	As ações da direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade (F8)
	A direção do Hospital parece apenas interessada em segurança do doente, quando acontece alguma adversidade (F9)
4. Aprendizagem organizacional – melhoria continua	Estamos a trabalhar ativamente na melhoria da segurança do doente (A6)
	Aqui, os erros proporcionam melhorias positivas (A9)
	Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a

	segurança do doente (A13)
5. Percepções gerais sobre a segurança do doente	É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade (A10)
	Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho (A15)
	Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente (A17)
	Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção de eventos/ocorrências (A18)
6. Comunicação de erros e feedback acerca do erro	É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de eventos/adversos (C1)
	Somos informados acerca de eventos/ocorrências neste Serviço/unidade (C3)
	Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de eventos/ocorrências (C5)
7. Abertura na comunicação	Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados com o doente (C2)
	Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos (C4)
	Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (C6)
8. Frequência da notificação	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? (D1)
	Quando um evento/ocorrência é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? (D2)
	Quando um evento/ocorrência é cometido, que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece, com que frequência é notificado (D3)
9. Trabalho entre unidades	Os serviços/unidades do Hospital não se coordenam bem uns com os outros (F2R)
	Existe boa colaboração entre serviços/unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente (F4)
	É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital (F6R)
	Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados aos doentes (F10)
10. Dotação dos profissionais	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (A2)
	Os profissionais trabalham mais horas por turnos, o que pode pôr em causa a segurança do doente (A5)
	Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente (A7)
	Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa (A14)

11. Transições	A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro (F3)
	É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno (F5)
	Ocorrem frequentemente problemas na segurança do doente aquando da troca de informação entre os vários serviços/unidades do hospital (F7)
	As mudanças de turnos neste hospital são problemáticas para o doente (F11)
12. Resposta ao erro não punitiva	Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles (A8)
	Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não p problema em si (A12)
	Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal (A16)

1

2

Código inicial de concordância	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica
Recodificação	Discordo		Não concordo nem discordo	Concordo		
Tipo de resposta	Negativa		Neutra	Positiva		

3

4

A versão original apresenta seis níveis de resposta em concordância e sete níveis de respostas por frequência de eventos. Há recomendações, de forma a facilitar a

Código inicial de frequência	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Recodificação	Não acontece		Pouco frequente	Frequente		

5

6

7

8

9

10

análise dos dados recolhidos, que os seis níveis de resposta indicados anteriormente sejam recodificados em três e quatro categorias respetivamente (tabela 3.3.e 3.4).

Tabela 3.3 – Recodificação da escala de concordância do questionário.

Tabela 3.4 – Recodificação da escala de frequência do questionário.

Tipo de resposta	Negativa	Neutra	Positiva	
------------------	----------	--------	----------	--

A opção de resposta “não se aplica” é considerada como resposta não válida. Os resultados obtidos podem indicar os pontos fortes já em prática ou oportunidades de melhoria na cultura de segurança do doente numa organização nas dimensões que se encontram inseridas no questionário.

As percentagens de respostas positivas numa dimensão ou item específicos são os principais indicadores de análise. Os autores afirmam que dimensões que atingem percentagens abaixo dos 60% apontam para oportunidades de melhoria com intervenção a curto/médio prazo, as dimensões com percentagens acima dos 60% indicam oportunidades de melhoria com intervenção a longo prazo. Indicam ainda que 75% de respostas positivas numa dimensão ou item representa um ponto forte da organização. Para resultados inferiores a 50% são consideradas dimensões fragilizadas e que requerem intervenção (83,84).

A classificação geral da qualidade, atribuída pelos participantes ao local de trabalho, é composta por uma escala com cinco hipóteses de resposta (muito fraca, fraca, aceitável, muito boa, excelente). No presente estudo foram utilizadas as denominações: - insuficiente, fraco, aceitável, bom e excelente.

Os resultados serão demonstrados de forma individual para cada item, agrupados por secção, revelando a perceção que cada profissional tem através da percentagem de respostas positivas, neutras ou negativas (22).

3.4. Variáveis

A perceção dos conhecimentos em SD por parte dos TACSP (variável dependente) pode ser influenciada por diversas variáveis, que se podem agrupar da seguinte forma:

Variáveis independentes:

- em escala nominal dicotómica: género, formação em SD, interação com os doentes/utentes;
- em escala ordinal policotómica: grupo etário, anos como TACSP, anos de experiência, anos na instituição atual.

3.5. Recolha de informações

O questionário foi disponibilizado em formato digital, estando previsto inicialmente um período de dois meses para respostas dos participantes. Devido ao baixo número de participações, o questionário esteve disponível entre 2 de fevereiro e 14 de maio (cem dias total). Neste período foram obtidas 134 respostas, que após aplicados os critérios de exclusão, passaram a 116.

A plataforma *Google Forms*, permitiu garantir que cada participante respondeu uma única vez ao mesmo tempo que garantiu o anonimato de cada resposta.

A divulgação do questionário foi feita pelas principais redes digitais junto de grupos profissionais de forma cíclicas. Foi realizada também a colaboração com os docentes diretores de curso de Ciências Biomédicas Laboratoriais e com monitores de estágio para a partilha do questionário junto de outros colegas. Foi também solicitada a colaboração junto das principais associações profissionais, como a Associação Portuguesa de Técnicos de Análises Clínicas (APTAC), através da partilha do *link* associado ao questionário.

Todas as ações tiveram como razão a mitigação do principal risco deste projeto, nomeadamente, a fraca adesão por parte dos participantes.

3.6. Procedimento estatístico e análise de dados

Os dados obtidos, no decorrer dos questionários, foram sujeitos a um registo periódico numa base de dados para tratamento estatístico com recurso ao programa *BM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 27 e Microsoft Excel.

Para a análise sociodemográfica da população foram utilizadas medidas de estatística descritiva:

- Distribuição de frequência absoluta e relativa;

- Medidas de localização (média/moda/mediana/mínimo e máximo).

São utilizadas representações gráficas para o auxílio da compreensão dos dados.

Para análise dos dados obtidos foi utilizado o seguinte teste estatístico não paramétricos para análise inferencial:

1 - Teste qui-quadrado: permite verificar se existe associação entre duas variá-
2 veis através do cruzamento de dados em tabela bivariável. Os valores obtidos dentro
3 dos grupos permitem orientar o sentido das diferenças e as frequências obtidas nas
4 células de cruzamento permitem calcular a estatística do qui-quadrado. Elevadas dife-
5 renças entre a frequências observadas e esperadas traduzem-se num valor mais ele-
6 vado da estatística do qui-quadrado. Consequentemente origina uma probabilidade
7 inferior de as diferenças se deverem ao acaso. Deve se ter em consideração que este
8 teste não permite valores de frequência inferiores a 5.

9

10 **3.7. Considerações éticas**

11

12 O presente estudo apresenta aprovação prévia por parte da Comissão de Ética
13 da ESTeSL (Anexo I). Os dados obtidos encontram-se anonimizados e tratados de
14 forma confidencial, com o objetivo de se realizar tratamento estatístico em âmbito ex-
15 clusivamente académico. A divulgação dos presentes resultados tem como objetivo
16 contribuir para o conhecimento sobre SD e apresentar melhorias possíveis na forma-
17 ção dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados de saúde.

18

4. Resultados e Discussão

A realização deste estudo tem como pretexto a necessidade de melhoria contínua nos cuidados de saúde com foco na SD. É um fator sensível, internacionalmente encorajado para todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Está descrito que a intervenção entre os diferentes grupos profissionais não é independente, mas sim compartilhada pelos intervenientes. Os profissionais atuam de acordo com os seus conhecimentos científicos, técnicos e do seu estado psicológico. A responsabilização por atos ou toma de decisões também é importante nestes profissionais. Contudo, o presente estudo restringiu-se aos técnicos de análises clínicas. O questionário utilizado foi adaptado à população-alvo (Anexo V). Os resultados obtidos e as discussões dos mesmos foram realizados num só capítulo, de forma que a discussão e observações obtidas acompanhem os dados.

4.1 Caracterização da amostra (secção A do questionário)

Foram recebidos 132 questionários, dos quais 116 cumprem com os critérios de inclusão definidos para o estudo. Os motivos para exclusão foram:

- Não exercer funções no SNS;
- Não exercer funções em serviço de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial;
- Licença/baixa médica por um período superior a 12 meses contínuos.

A amostra obtida corresponde a cerca de 5% da população de TSDT ACSP do SNS (116 participantes em 2142 profissionais), sendo o n amostral inferior ao inicialmente previsto (15,85,86). A redução do número e respostas face ao esperado aumenta a margem de erro dos dados obtidos. Com os dados obtidos podemos afirmar que para um nível de confiança de 95%, com o número de respostas obtidas, e tendo em conta a população alvo, a margem de erro é de 9%.

Comparando com estudos semelhantes, apesar de apresentarem um maior número de respostas, têm uma população alvo inferior (22,44,87). Os valores obtidos correspondem a uma maior percentagem de população alvo.

Relativamente ao género, os participantes foram maioritariamente do sexo feminino (84,5%), correspondendo 15,5% ao sexo masculino (tabela 4.1).

1 Tabela 4.1 – Caracterização demográfica - amostra por sexo.

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Feminino	98	84,5%	84,5%
Masculino	18	15,5%	100,0%
Total	116	100,0%	

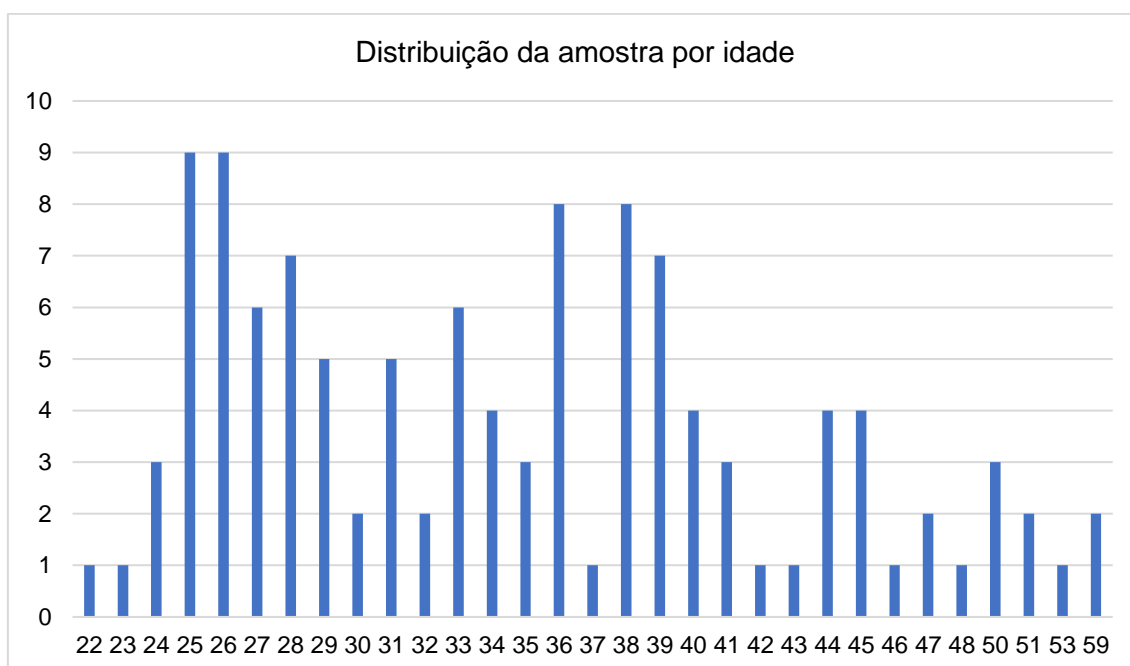
2

3 O predomínio do sexo feminino pode ser reflexo das relações estabelecidas
 4 com as profissões na área da saúde (excetuando-se a medicina) na antiguidade. Na
 5 atualidade continua-se a lutar pela igualdade entre profissionais independentemente
 6 do sexo, apesar de estudos demonstrarem que aproximadamente 75% dos profissio-
 7 nais de saúde são do sexo feminino(88,89).

8

9 A idade média dos participantes corresponde a 34,8 anos, a mediana é de 34
 10 anos, com distribuição bimodal (25 e 26 anos, com 9 participantes cada). O partici-
 11 pante mais novo apresenta 22 anos e o mais velho 59 anos (gráfico 4.1).

12



13

14 Gráfico 4.1 – Caracterização demográfica – distribuição de amostra por idade (número absoluto)

15

16 Relativamente à formação base dos participantes observamos que 68,1%
 17 apresenta licenciatura em ACSP, sendo os restantes 31,9% licenciados em ciências
 18 biomédicas laboratoriais (tabela 4.2).

19

20

1 Tabela 4.2 – Caracterização da amostra relativamente à formação base.

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Licenciatura em ACSP	79	68,1%	68,1%
Licenciatura em CBL	37	31,9%	100,0%
Total	116	100,0%	

2
3 Cinquenta e seis por cento dos participantes afirma ter tido contato com a temática de
4 segurança do doente durante o ciclo de estudos da licenciatura, sendo que 44,0% re-
5 fere não ter tido contato com esse tema (tabela 4.3).

6

7 Tabela 4.3 – Caracterização do contato com o tema da SD durante a licenciatura.

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Não	51	44,0 %	44,0%
Sim	65	56,0%	100,0%
Total	116	100,0%	

8

9 Ao longo da formação base apenas 56,0% dos participantes afirma ter tido con-
10 tato com a temática de segurança do doente, valor este reduzido. Pode ser um fator
11 determinante e viável de alteração, proporcionar o contato previamente à vida profes-
12 sional.

13 Relativamente ao tempo de exercício de funções, podemos afirmar que a maior
14 percentagem dos inquiridos (34,5%) trabalha num serviço de patologia clínica por um
15 período entre 2 e 5 anos. Podemos afirmar que 48,3% dos inquiridos têm um tempo de
16 exercício inferior a 5 anos (tabela 4.4).

17

18 Tabela 4.4 – Análise do tempo de exercício de funções.

	Frequência abso- luta	Frequência relativa	Frequência relativa acu- mulada
Até 2 anos	16	13,8%	13,8%
Entre 2 e 5 anos	40	34,5%	48,3%
Entre 5 e 10 anos	15	12,9%	61,2%
Entre 10 e 20 anos	28	24,1%	85,3%
Mais de 20 anos	17	14,7%	100,0%
Total	116	100,0%	

19

20 Em relação aos anos de experiência profissional, parte-se do princípio de que
21 são fundamentais para a diminuição de erros, visto que o seu aumento influencia posi-

1 tivamente a performance laboral (90–92).

2

3 A maioria dos participantes (85,3%) realizaram formação. Maioritariamente a
4 formação ocorreu depois do início da atividade profissional, ao longo da vida (72,4%) e
5 12,9% imediatamente após o término da licenciatura. Verifica-se que 14,7% dos parti-
6 cipantes não realizou qualquer formação (tabela 4.5).

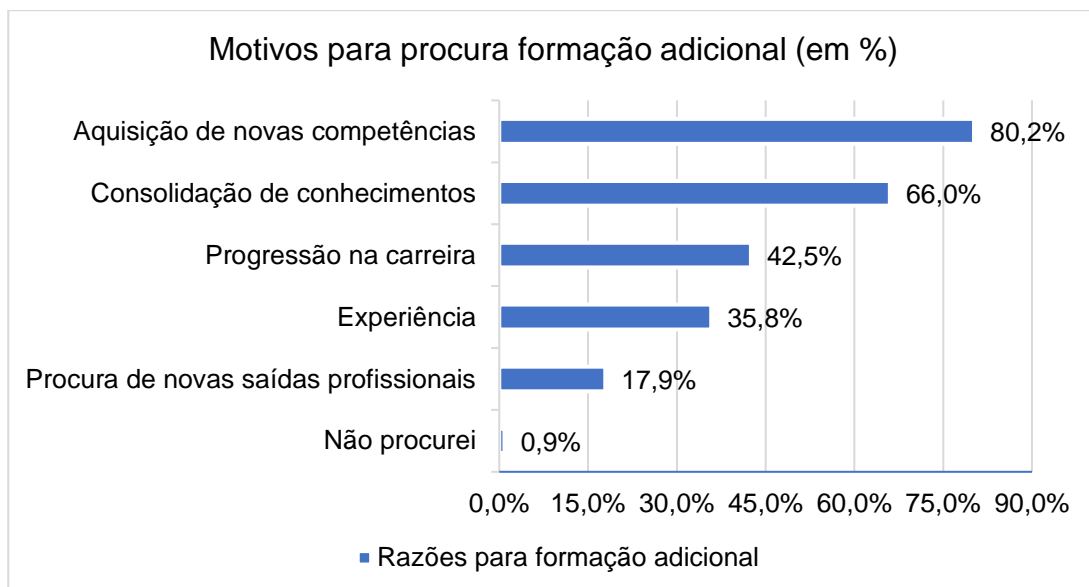
7

8 Tabela 4.5 – Caracterização da amostra relativamente à formação adicional.

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Não	17	14,7%	14,7%
Sim, imediatamente após término da licenciatura	15	12,9%	27,6%
Sim, ao longo da vida profissional	84	72,4%	100,0%
Total	116	100,0%	

9

10 Os participantes que responderam de forma afirmativa relativamente à realiza-
11 ção de formação adicional, quando questionados pelas razões que os levaram a pro-
12 curar formação, afirmam que a “aquisição de novas competências” (80,2%), “consoli-
13 dação de conhecimentos” (66,0%) e “progressão na carreira” (42,5%) são os principais
14 motivos para a sua realização (gráfico 4.2).



15

16 Gráfico 4.2 – Motivos para procura de formação adicional (em %).

17

18

De salientar a importância da formação contínua, não só na melhoria da SD,
mas em todas as áreas envolvidas nos cuidados de saúde. A saúde é uma área em

1 constante evolução e os profissionais devem acompanhar(92). Contudo a estagnação
 2 de carreira e fracos incentivos profissionais podem ser fator prejudicial ao mesmo. O
 3 SNS apresenta diversas fraquezas que afetam os profissionais de saúde. A fraca valo-
 4 rização e falta de reconhecimento dos profissionais, as hierarquias fragilizadas e a
 5 escassez de fundos económicos são o motivo para a diminuição de oportunidades de
 6 progressão na carreira e de programas de formação (93,94).

7
 8 No que concerne à localização geográfica, a maioria dos participantes encontra-se na área que engloba Lisboa, Santarém e Setúbal (42,2%). Seguido de 3,4% e 4,3% correspondendo aos participantes do Algarve e Madeira respetivamente. O Alentejo corresponde a 13,8% da amostra, a zona Centro 19,0% e a zona Norte a 16,4% (tabela 4.6).

13
 14 Tabela 4.6 – Caracterização da amostra por zona geográfica

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Açores	1	0,9%	0,9%
Algarve	4	3,4%	4,3%
Alentejo: Beja, Évora e Portalegre	16	13,8%	18,1%
Centro: Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Covilhã	22	19,0%	37,1%
Lisboa: Lisboa, Santarém e Setúbal;	49	42,2%	79,3%
Madeira	5	4,3%	83,6%
Norte: Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto	19	16,4%	100,0%
Total	116	100,0%	

15
 16 Geograficamente a amostra é aleatoriamente distribuída. É possível observar
 17 que o grupo de participantes provenientes da região que engloba Lisboa, Santarém e
 18 Setúbal apresenta maior taxa de respostas (42,2%). Este valor já era expectável devido à distribuição populacional em Portugal e da quantidade de serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS em cada uma das áreas definidas. A área metropolitana de Lisboa por si só engloba 2.8 milhões de habitantes(95).

22
 23 Os participantes também foram questionados sobre a formação no local de tra-

1 balho. Cento e dois (87,9%) dos inquiridos afirma receber formação em ambiente labo-
2 ral, enquanto 12,1% afirma não receber formação (tabela 4.7).

3

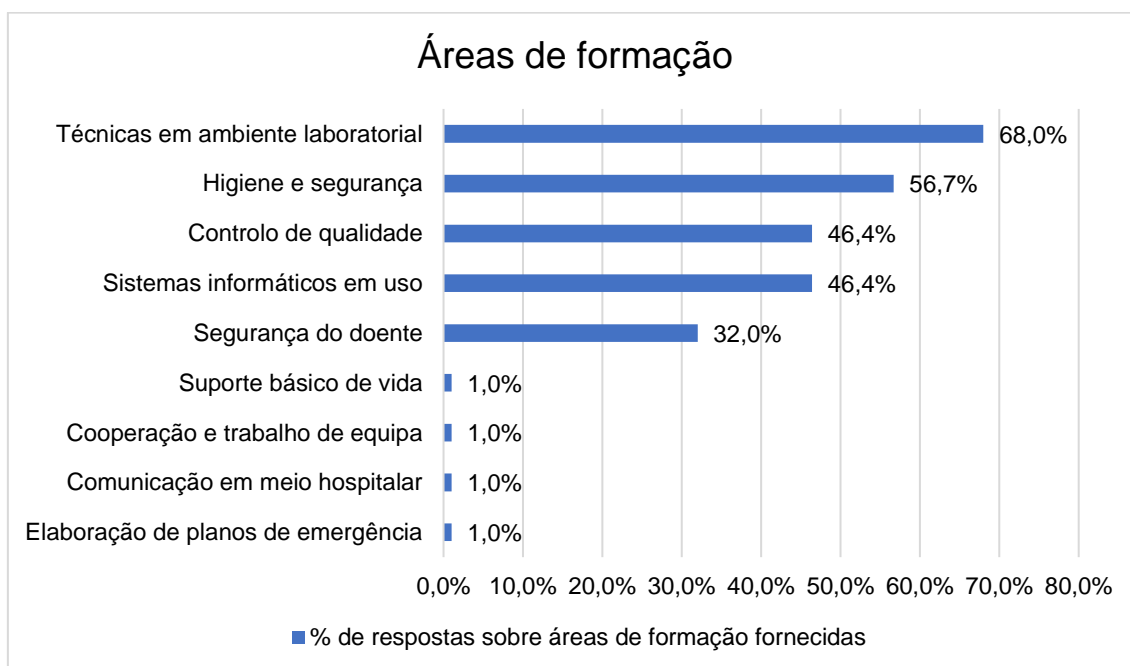
4 Tabela 4.7 – Formação no local de trabalho.

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Frequência relativa acumulada
Não	14	12,1%	12,1%
Sim	102	87,9%	100,0%
Total	116	100,0%	

5

6 Os participantes que anteriormente responderam de forma afirmativa (n = 102),
7 afirmam que as áreas em que são fornecidas formação são higiene e segurança
8 (56,7%), sistemas informativos em uso (46,4%), controlo da qualidade (46,4%), técni-
9 cas de âmbito laboratorial (68%). Trinta e dois por cento afirma receber formação sobre
10 SD. Uma percentagem residual de participantes afirma receber formação em outras
11 temáticas como suporte básico de vida, comunicação em meio hospitalar, cooperação
12 e trabalho em equipa e implementação de planos de emergência (gráfico 4.3).

13



14

15 Gráfico 4.3 – Áreas de formação (em %).

16

17

18 Relativamente à formação em ambiente profissional, 87,9% dos participantes
19 afirma ter realizado, contudo a área de SD não é uma prioridade. As prioridades de
20 formação apresentadas foram “higiene e segurança” e “técnicas em ambiente labora-
20 torial”. As preferências demonstradas podem derivar do contacto diminuto com o doen-

1 te, comparado com outros grupos profissionais, como por exemplo, enfermagem
2 (15,85). Associa-se a realização de mais formação a mais conhecimento e por conse-
3 quência melhores ações e atitudes no decorrer do exercício de funções, contudo não é
4 possível comprovar esta afirmação (96–98).

6 **4. 2 – Análise do questionário HSPSC (secção B do questionário)**

8 A secção B, correspondente às questões provenientes do questionário HSPSC,
9 encontra-se subdividida em 5 temáticas, nomeadamente:

10 I – Serviço/ Unidade de Trabalho – composta por 18 questões;

11 II – Supervisor/ Chefias – composta por 4 questões;

12 III – Comunicação – composta por 6 questões;

13 IV – Frequência dos relatórios de ocorrência – composta por 3 questões;

14 V – Grau de segurança de doente – composta por 1 questão.

16 Para se realizar a análise, foram tidas em conta as 12 dimensões que englo-
17 bam o questionário referidas anteriormente. O questionário dentro de cada secção
18 engloba perguntas referentes a diferentes dimensões. De forma a facilitar a compara-
19 ção de dados foi mantida a mesma estrutura de questionário. Como foram abordadas
20 apenas as dimensões 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10 e 12, estas foram renomeadas em 9 temá-
21 ticas consecutivas (tabela 4.8).

23 Tabela 4.8 – Renomeação das dimensões em temáticas.

Dimensão	Temática	Denominação
1	1	Trabalho de equipa
2	2	Expetativas do supervisor/gestor e ações que promo- vam a segurança do doente
4	3	Aprendizagem organizacional – melhoria continua
5	4	Perceções gerais sobre a segurança do doente
6	5	Comunicação de erros e feedback acerca do erro
7	6	Abertura na comunicação
8	7	Frequência da notificação
10	8	Dotação dos profissionais
12	9	Resposta ao erro não punitiva

25 Seguiram-se as diretrizes da AHRQ (2018), em que se calculou a percentagem
26 total de respostas positivas, agrupando-se as respostas positivas de acordo com as

1 tabelas 3.3 e 3.4 correspondente à recodificação das escalas.

2

3 4.2.1 - Temática 1 - Trabalho de equipa.

4

5 A temática 1 destaca-se por ser a mais robusta/forte neste grupo profissional.

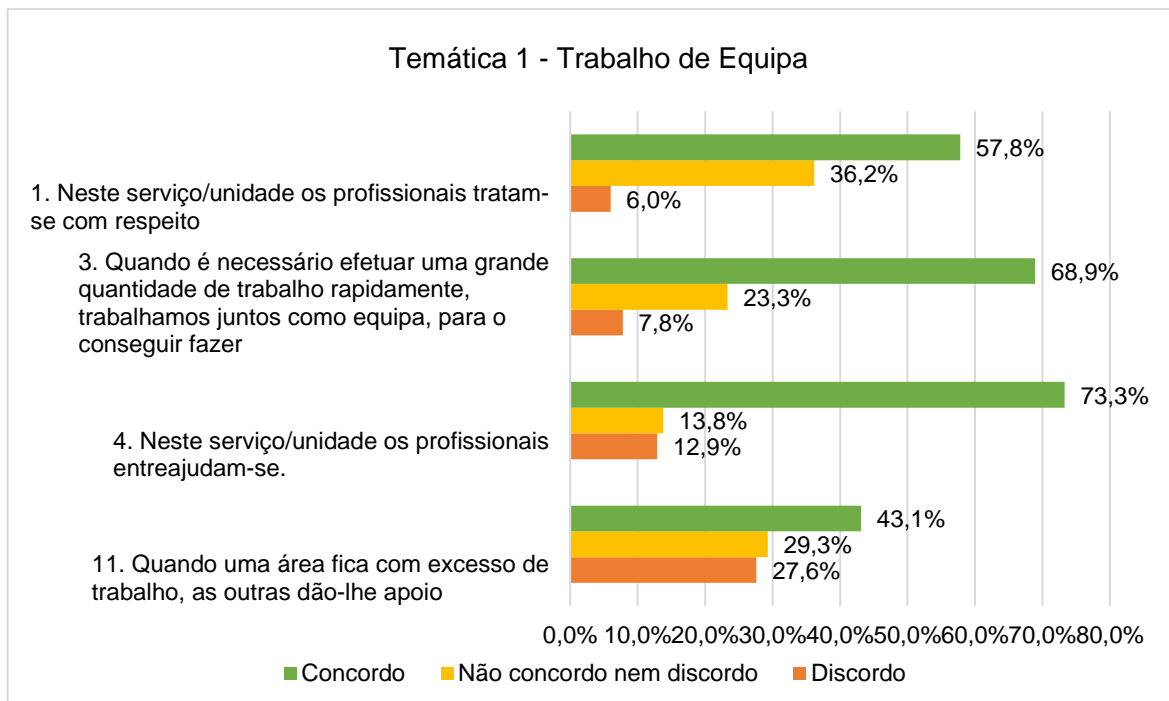
6 Apresenta uma média de 60,8% de respostas positivas. É importante destacar, que os

7 valores com maior impacto foram a boa relação de trabalho entre eles (68,9%), respei-

8 to (57,8%) e entreajuda (73,3%). As percentagens elevadas de respostas neutras

9 (29,3%) e negativas (27,6%), do item 11 (gráfico 4.4).

10



11 Gráfico 4.4 – Média de respostas positivas, neutras e negativas da temática 1 – trabalho de equipa (%).

12

13

14 Os resultados obtidos estão de acordo com o observado em outros estudos

15 que evidenciam o “trabalho de equipa” como temática mais robusta nas instituições de

16 saúde (10,26). Contudo, valores inferiores a 50% de respostas positivas pode revelar

17 carência de intervenção com o intuito de promover uma maior cooperação entre cole-

18 gas face ao excesso de trabalho, relativamente ao item 11.

19

20 Estes resultados podem ser consequência da necessidade de colaboração es-

21 trita entre os profissionais para que se atinja o objetivo final: melhoria dos cuidados

22 prestados ao doente. O trabalho de equipa é um meio potenciador e motivador profis-

23 sional, originando melhores resultados motivados pela colaboração entre trabalhado-

res(99). A capacidade de antever e impedir eventos adversos também pode advir des-

te entendimento entre os profissionais e a sua rotina laboral. Quando o trabalho em equipa é adequado pode incrementar o sentimento de pertença e participação a um grupo, aumentando a responsabilização individual de cada um e a perceção que dependem de outros elementos da equipa. Por oposição, um frágil ambiente de trabalho em equipa implica a falta de produtividade e distribuição injusta do trabalho. Há menosprezo e insatisfação entre colegas. É possível intervir através da deteção dos obstáculos à boa cooperação entre equipa e na melhoria dos mesmos(96,100).

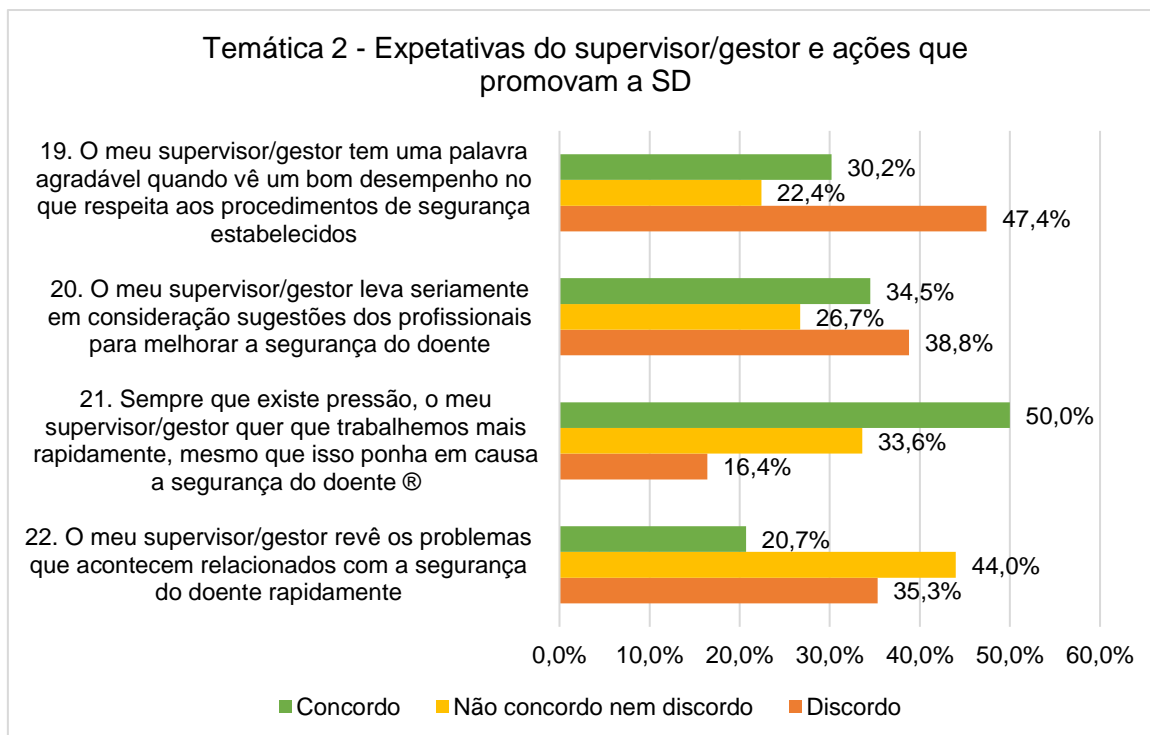
Tabela 4.9 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 1 – Trabalho de Equipa

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Trabalho de equipa	69,0%	72,7%	77,0%	64,4%	60,8%

Apesar do valor ser inferior ao observado em outros estudos, está dentro do expectável, mantendo-se como temática mais robusta entre as restantes, transparecendo a importância dos fatores já mencionados (tabela 4.9).

4.2.2 – Temática 2 – Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente.

A temática 2 destaca-se por ser a mais fraca/frágil perante neste grupo profissional. Apresenta uma média de 33,9% de respostas positivas, sendo imperativo uma intervenção. É importante evidenciar que a média das respostas negativa é de 34,4%. Os valores mais significativos desta temática são a falta de consideração pelo bom desempenho profissional (47,4% de respostas negativas) (gráfico 4.5). As percentagens elevadas de respostas neutras e negativas em todos os itens, podem revelar descontentamento geral na binómio chefia-funcionário.



1

2 Gráfico 4.5 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 2 - expectativas do supervi-
3 sor/gestor e ações que promovam a SD (%)

4

5 Na temática “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segu-
6 rança do doente”, obteve-se uma percentagem média de respostas positivas de 33,9%,
7 consideravelmente abaixo dos estudos. Demonstra a necessidade de intervenção com
8 o intuito de promover uma maior cooperação e compreensão por parte de superiores
9 hierárquicos com os restantes membros. A relação deve assentar nos princípios da
10 boa comunicação, confiança, apoio e colaboração mútua.

11

12 Tabela 4.10 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 2 - Expectativas do supervisor/gestor
13 e ações que promovam a segurança do doente.

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	63,0%	63,3%	42,6%	39,4%	33,9%

14

15 Quando comparados com os dois primeiros estudos da tabela 4.10, pode-se
16 observar que a percentagem de respostas positivas é muito inferior, aproximadamente

metade (63,0% e 63,3% respetivamente aos exemplos, tendo-se obtido 33,9% no presente estudo). Este valor tem vindo a diminuir, demonstrando um descontentamento crescente para com as chefias/equipas de gestão. Um dos fatores que pode justificar esta quebra de valores é a falta de credibilidade hierárquica. Provimos de épocas anteriores em o acesso a cargos hierárquicos superiores eram ocupados por antiguidade e não por capacidade/habilitação para o posto em questão. Outro fator pode ser o fraco investimento em formações de forma geral, mais diretamente para chefias. Este tipo de formação visa capacitar os superiores hierárquicos com métodos de comunicação, gestão de conflito e coordenação de equipas.

Uma liderança reta, assertiva e capaz é influente no resultado, devido a afetar as capacidades laborais(101). Quando se está perante uma liderança competente, há a fomentação de conhecimentos, reforça-se a interação interpessoal e aumenta-se a consideração pelas opiniões dos diversos membros da equipa (102). O processo de melhoria apenas é possível quando todos os níveis hierárquicos estão envolvidos.

4.2.3 - Temática 3 - Aprendizagem organizacional – melhoria continua.

A temática 3 apresenta uma média de 43,7% de respostas positivas. É importante salientar que mais de metade dos inquiridos (53,4%) afirma que se trabalha de forma ativa na melhoria da segurança do doente. O item 13 apresenta elevadas respostas neutras (31%) e negativas (25,9%), O item 9 também merece destaca-se negativamente (38,8% de respostas neutras e 27,6% de respostas negativas) (gráfico 4.6).

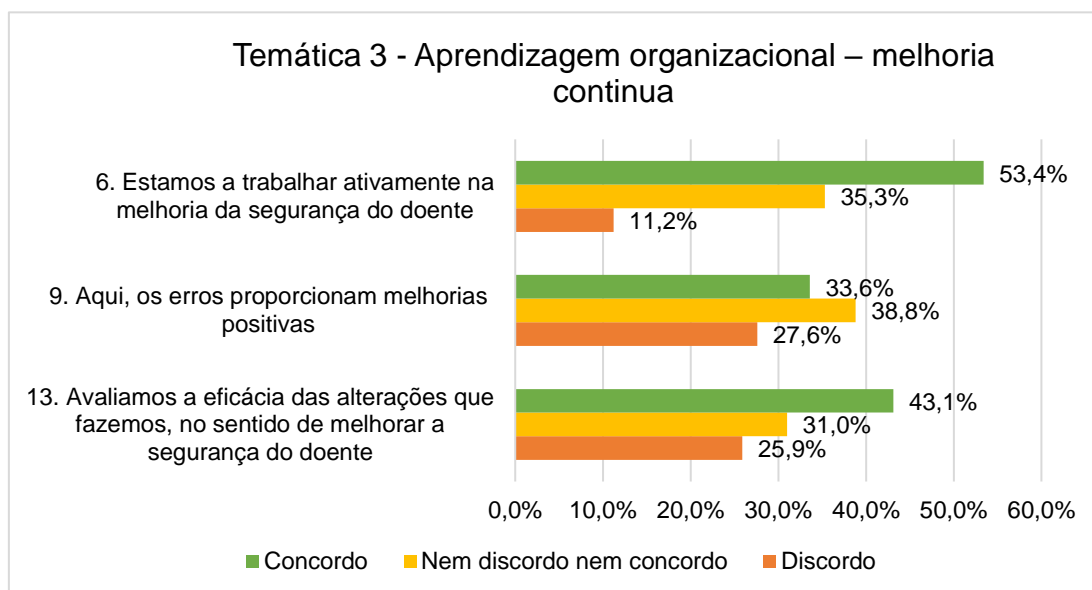


Gráfico 4.6 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 3 - aprendizagem organizacional (%).

A elevada quantidade de respostas positivas ao item 6 revela uma crescente preocupação com a temática. O item 13 ao apresentar respostas neutras (31%) e negativas (25,9%), valores negativos, pode revelar que apesar do empenho na melhoria, o mesmo não é monitorizado, identificando uma necessidade de intervenção. Os resultados do item 9 demonstram que nem todos os erros são vistos como oportunidades de melhorias, tornando-se outro ponto a intervir de forma urgente. O ser humano sem exceção é passível de errar, contudo o erro sucessivo e não intervencionado não deve ser um comportamento comum dos profissionais e das organizações associadas. A aprendizagem continua tem um papel fundamental na CSD de uma instituição de saúde. A SD é umas das formas de garantia de qualidade ao diminuir o risco de dano ao máximo possível. Todas as ações que visam a avaliação e melhoria contínua da qualidade são aplicáveis à gestão de segurança (98,103).

Tabela 4.11 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 3 – Aprendizagem organizacional – melhoria continua.

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Aprendizagem organizacional – melhoria continua	66,0%	71,1%	63,7%	34,0%	43,7%

Comparativamente aos resultados obtidos os mesmos variam, três estudos apresentam uma percentagem de respostas positivas superior (tabela 4.11). Os três primeiros estudos correspondem a amostras compostas por diferentes grupos profissionais, em que a maioria corresponde a profissionais de enfermagem. Este facto pode ser justificativo para a diferenciação nos valores obtidos visto que o contato durante a prestação de cuidados (administração medicamentosa, alimentação, cuidados de higiene, auxílio de tratamentos) é muito superior, podendo ser motivo para maior perceção sobre CSD. Contudo quando é referente a um único serviço, como é o quarto estudo, correspondente apenas a profissionais de enfermagem e medicina no bloco cirúrgico, demonstram a percentagem baixa (34,0%). A justificação pode assentar sobre o facto de que no bloco cirúrgico, são necessários profissionais com formação mais específica e direcionada. As ações acima mencionadas ocorrem em menor quantidade e são mais comuns em serviços de internamento/observação ou cuidados de saúde primários, ao contrário da rotina em bloco operatório.

4.2.4 - Temática 4 - Percepções gerais sobre a segurança do doente.

A temática 4, aborda os procedimentos direcionados para a prevenção do erro, ritmo de trabalho e SD na sua generalidade. Apresenta uma média de 47,1% de respostas positivas. O ponto com maior relevância é o item 15 no qual 54,6% dos participantes afirmam que não se coloca em risco a segurança do doente em casos de excesso de volume de trabalho, contrariamente 19,8% dos participantes. O item 10 tem 20,7% de respostas negativas e 23,3% de respostas neutras é uma temática preocupante visto referir-se a algo relativo como a “sorte”. O item 18 apresenta 35,3% de respostas positivas (gráfico 4.7).

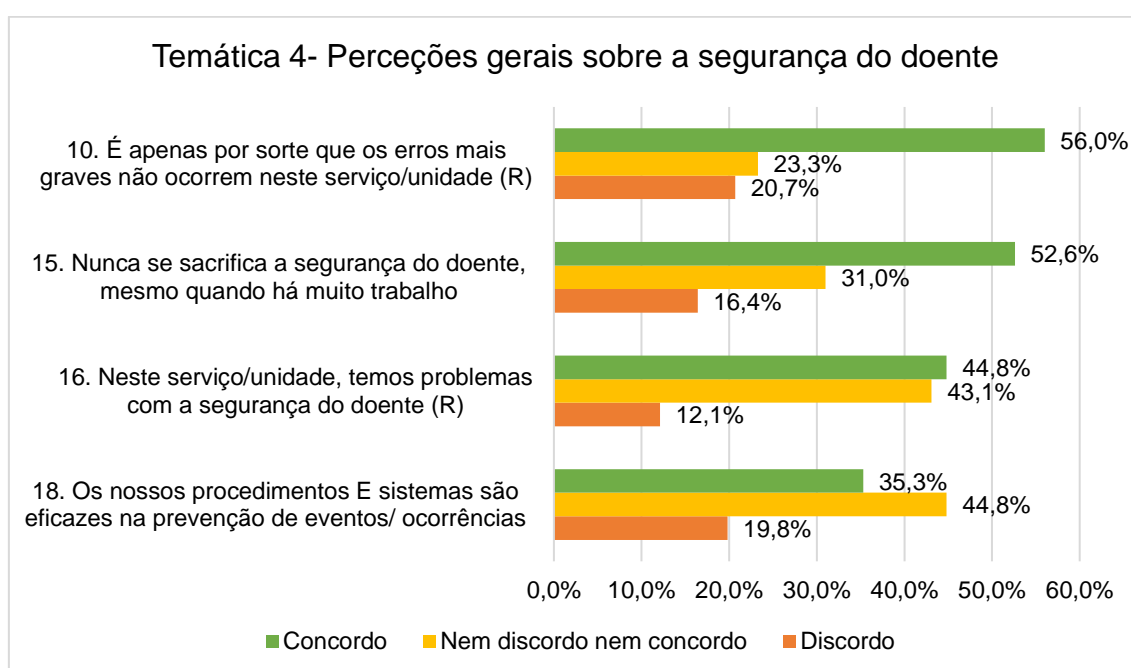


Gráfico 4.7 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 4 - percepções gerais sobre segurança do doente (%).

Os mecanismos referidos no item 18 devem ser revistos e retificados, para que o grau de confiança nos mesmos seja superior, apenas 35,3% considera que sejam eficientes. Para que os procedimentos e sistemas sejam eficazes é imprescindível identificar os riscos a que estão suscetíveis para que os ajustes necessários possam ser implementados e monitorizados. Durante este processo, os profissionais devem realizar formação contínua. Os procedimentos devem evoluir em conjunto com os profissionais.

1 Tabela 4.12 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 4 - Percepções gerais sobre a segu-
2 rança do doente.

Média de respostas positivas (%)					
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Percepções gerais sobre a segurança do doente	53,0%	51,4%	53,7%	39,0%	47,1%

3
4 Comparando a percentagem média de respostas positivas nos estudos na ta-
5 bela, o valor obtido está de acordo com o valor esperado. Existe uma quebra de valo-
6 res entre 2013 e 2019, contudo o valor retorna ao expectável no presente estudo (ta-
7 bela 4.12). As questões desta temática têm como objetivo verificar os sistemas e pro-
8 cedimentos existentes na organização de saúde para evitar a ocorrência de erros,
9 bem como a ausência de problemas de SD.

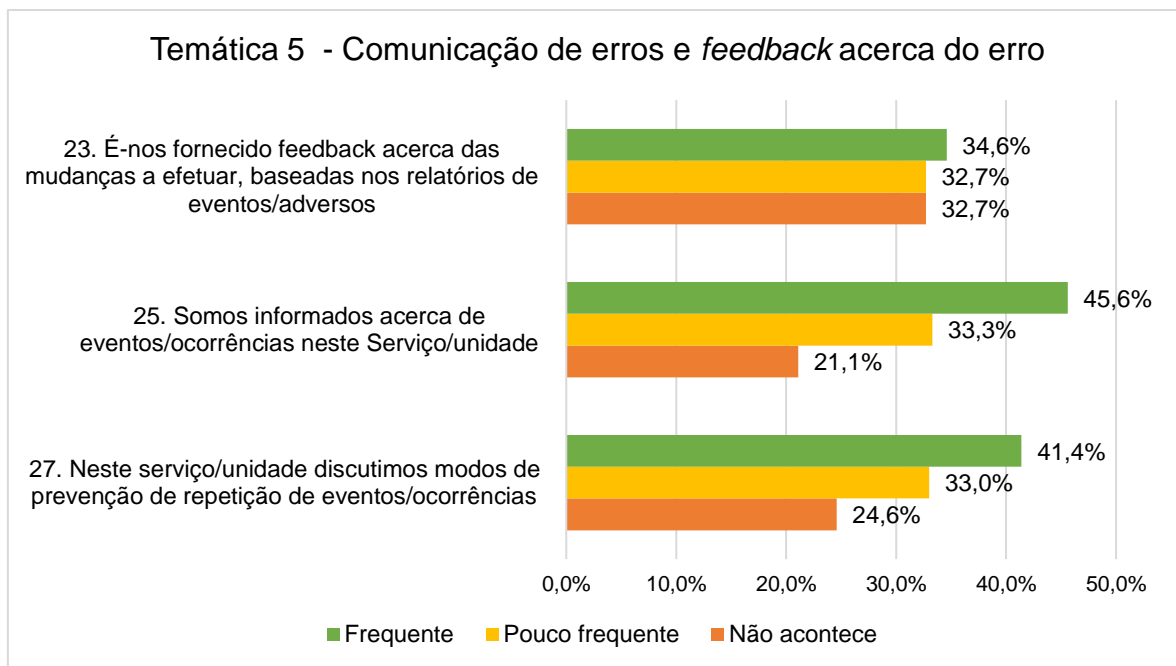
10
11 A presença de uma quebra nos valores pode ser sugestiva da presença de
12 problemas e que os mecanismos em uso não se encontram adequados às funções
13 executadas. A subida de valores pode significar diversas possibilidades:

- 14 - O valor de quebra foi esporádico e sem significado;
- 15 - A população alvo (equipa médica e de enfermagem em ambiente cirúrgico)
- 16 pode ser fator de influência na percentagem obtida;
- 17 - Existiam medidas inadequadas e necessidade de revisão dos procedimentos
- 18 existentes.

19
20 4.2.5 - Temática 5 - Comunicação de erros e *feedback* acerca do erro.

21
22 A temática 5 aborda aspetos como a informação e prevenção da repetição de
23 erros assim como as ações a efetuar mediante relatórios de ocorrência. Em relação ao
24 item 23 apresenta 3 respostas omissas (n=113), estando já as percentagens retifica-
25 das, assim como o item 25 e item 27 ambos com n=114. Esta temática apresenta uma
26 média de 40,5% de respostas positivas (gráfico 4.8).

27



1
2 Gráfico 4.8 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 5 - Comunicação de erros e
3 *feedback* acerca do erro.

4
5 É uma temática fulcral no respeito o processo de melhoria continua, visto o erro
6 ser o principal exemplo das melhorias a realizar. O item 23 apresenta uma disparidade
7 de respostas, revelando uma necessidade de intervenção, com melhoria com incidên-
8 cia na comunicação e fornecimento de *feedback*. O item 25 apresenta 45,6% de res-
9 postas positivas, o que demonstra que o processo de notificação e informação de
10 evento se encontra presente em ambiente laboratorial. A cultura de segurança nas
11 instituições deve assentar nos seguintes pressupostos:

- 12
- 13 • Ausência de punição para os erros, mas sim para condutas impróprias quando ocorrem;
 - 14 • Relato dos eventos num ambiente seguro;
 - 15 • Aprendizagem em torno das falhas ocorridas através da análise das situações com identificação dos pontos frágeis para que possam ser corrigidos (101,104).
- 16

17
18 É necessário sensibilizar os profissionais para a notificação de erros, de forma a
19 encontrar as causas e identificar as falhas ocorridas no processo. Deve ser prioridade
20 a implementação de estratégias de ação e correção dos processos envolvidos, evitan-
21 do que as mesmas falhas se repitam e que erros semelhantes ocorram, pois, a notifi-
22 cação é um dos pilares da cultura de segurança (25,36). Apesar do esforço individual
23 na melhoria, está descrito que os problemas mais propícios a originar erros encon-
24 tram-se na área da comunicação, tomada de decisões e formação(105). Contudo,
25 apesar destes dados, continuam a ser escassos os mecanismos de melhoria de co-

1 comunicação(106).

2 Tabela 4.13 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 5 - Comunicação de erros e *feed-*
3 *back* acerca do erro.

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n =1 113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Comunicação de erros e <i>feedback</i> acerca do erro	56,0%	62,4%	46,5%	22,4%	40,0%

4

5 Quando comparados com os restantes estudos (tabela 4.13) pode-se observar que é a
6 percentagem média de respostas positiva é inferior (40,0%) aos resultados obtidos
7 apenas nos três primeiros exemplos (56,0%, 62,4% e 46,5% respetivamente). Tendo
8 em conta que os primeiros três estudos apresentam uma amostra de origem multipro-
9 fissional (enfermeiros, médicos, TSDT, auxiliares de ação médica e técnicos adminis-
10 trativos) pode ser posta a hipótese de estudos colocados a equipas deste foro apre-
11 sentarem melhores resultados. Também se pode questionar qual o impacto na comu-
12 nicação de erros de uma equipa multidisciplinar relativamente aos grupos profissionais
13 de forma isolada.

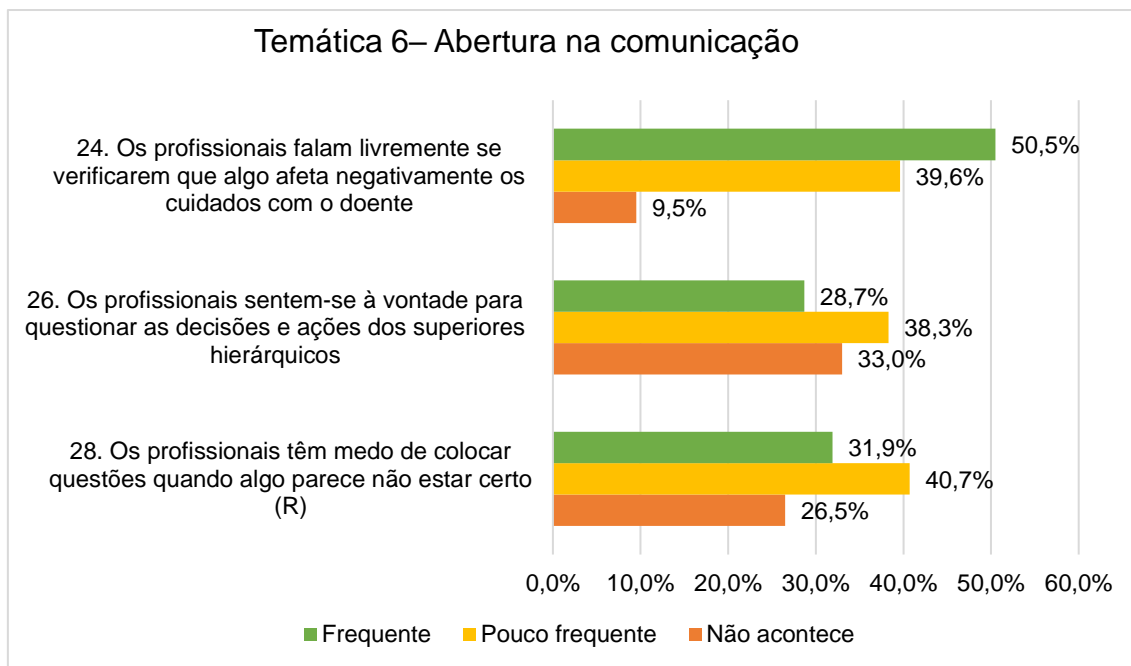
14

15 4.2.6 - Temática 6 – Abertura na comunicação.

16

17 A temática 6 aborda os canais de comunicação e a relação com os mesmos.
18 Apresenta uma média de 35,2% de respostas positivas. O item 28 apresenta 3 respos-
19 tas omissas (não se aplica) sendo calculado a percentagem de respostas para um n=
20 112, apresentando 26,5% de respostas positivas. Quando o evento/erro afeta o doente
21 (item 24) observa-se uma maior percentagem de respostas positivas (50,5%). O item
22 26 apresenta 28,7% de respostas positivas e 38,8% de respostas neutras (gráfico 4.9).

23



1

2 Gráfico 4.9 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 6 - Abertura na comunicação
3 (%)

4

5 Os resultados obtidos no item 28 (26,5%) refletem ser uma área que necessita
6 intervenção urgente, com possíveis melhorias na comunicação e notificação de pro-
7 blemas. O item 26 demonstra relutância dos profissionais aquando da necessidade de
8 questionar decisões realizadas por graus hierárquicos superiores (apresenta apenas
9 28,7% de respostas positivas). O valor elevado de respostas neutras também pode ser
10 indicativo da relutância por parte dos profissionais em demonstrar a sua opinião.
11 Quando comparada com outros estudos, a média de respostas positivas é ligeiramen-
12 te inferior.

12

13

14 Quando uma organização apresenta CSD positiva é possível perceber que
15 apresentam uma comunicação aberta, de confiança mútua e sempre com vista à ges-
16 tão do risco. Equipas que apresentam boa comunicação apresentam melhores resul-
17 tados de aprendizagem organizacional e eficácia de medidas preventivas (106). A
18 omissão de informação, assim como os erros decorridos durante a comunicação entre
19 profissionais podem ser fatores decisivos e com impacto na segurança do doente(107).

19

20

21

22

23

24

25

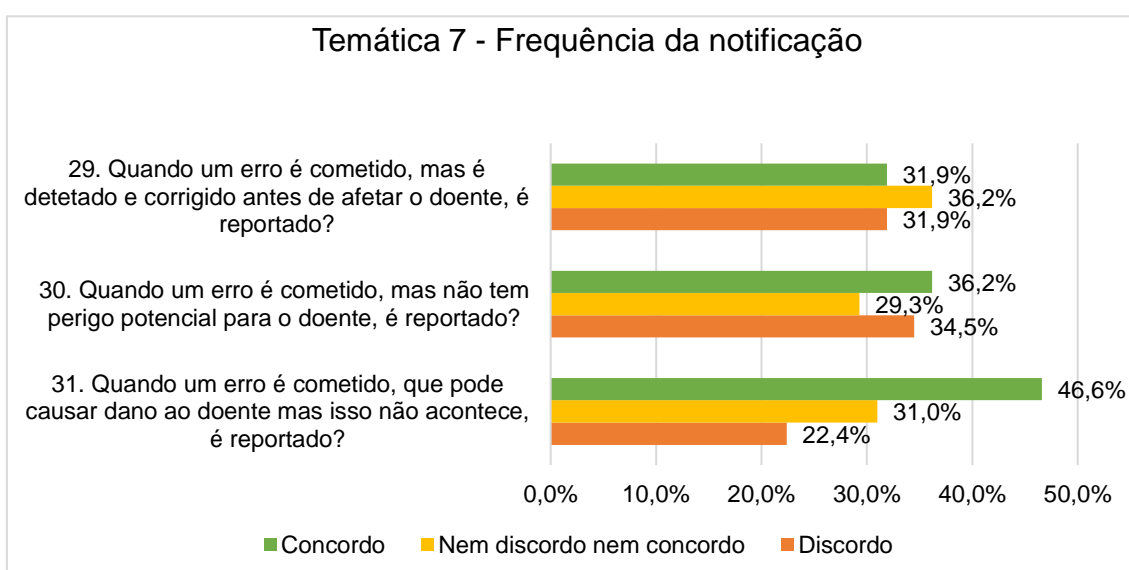
1 Tabela 4.14 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 6 – Abertura na comunicação.

Média de respostas positivas (%)					
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Abertura na comunicação	53,0%	57,9%	52,7%	46,0%	35,2%

2
3
4 Comparando a percentagem média de respostas positivas nos estudos na ta-
5 bela, o valor obtido (35,2%) é inferior aos restantes e não o esperado (tabela 4.13).
6 A literatura descreve que em serviços mais diferenciados, existem diferenças hierár-
7 quicas, relações de poder e conflitos interpessoais que podem influenciar o modo co-
8 mo a comunicação se estabelece e os resultados obtidos. Desta forma é necessário
9 reavaliar os canais de comunicação visto que quando colocados perante conflitos, as
10 abordagens mais comuns são a acomodação e/ou a fuga, ou seja, o conflito não é
11 resolvido e o risco de ocorrer erros aumentam(108).

12 4.2.7 - Temática 7 – Frequência da notificação.

13
14 A temática 7 apresenta como média de resposta positivas o valor de 38,2%. O
15 item 31, apresenta 46,6% de respostas positivas, sendo o item com melhor resultado
16 apresentado nesta temática. Quando questionados sobre erros detetados e corrigidos,
17 a percentagem de respostas positivas diminui para 31,9%, assim como quando ques-
18 tionados sobre os erros que não afetam negativamente os doentes (36,2% de respos-
19 tas positivas) (gráfico 4.10).



1 Gráfico 4. 10 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 7 - frequência de notificação.
2

3 Como referido anteriormente, o processo de notificação é uma etapa-chave no
4 processo de melhoria continua e necessário para proceder a alterações funcionais
5 com o objetivo de diminuição de possíveis erros. Demonstra assim necessidade de
6 intervenção, possivelmente através do incentivo à notificação de eventos. Este pro-
7 cesso é carente de revisão urgente, pois em unidades de prestação de serviços com
8 centralização no doente é essencial. O processo de notificação como método de iden-
9 tificação de falhas e dos fatores contributivos e sem atribuição de culpas ao notifican-
10 te(30). A intervenção nesta temática deve iniciar-se pela sensibilização dos profissio-
11 nais ao processo de notificação, com evidência dos benefícios associados e em parce-
12 ria com a comunicação e cooperação profissional entre os diferentes responsáveis
13 hierárquicos e todos os profissionais(104). Na atualidade, apesar dos sistemas de noti-
14 ficação terem como compromisso a confidencialidade e anonimato, o valor obtido ficou
15 há quem das expetativas(109).

16

17 Tabela 4.15 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 7 – Frequência de Notificação.

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Frequência da notificação	39.0%	28,4%	36,1%	13,0%	38,2%

18

19 O resultado obtido (38,2%), quando comparados os seguintes estudos (tabela
20 4.14), é aproximado da percentagem média mais elevada (39,0%). Os resultados obti-
21 dos demonstram a fraca e reduzida notificação de eventos realizada. Este resultado
22 pode ser justificado por diferentes razões como a ausência de medidas corretoras e
23 preventivas, o medo de repreensão ou punição, possível discriminação e falta de in-
24 centivo por graus hierárquicos superiores. De salientar que este estudo não permite
25 obter dados sobre o uso das plataformas de notificação já disponíveis do SNS (pro-
26 grama *Notific@*) ou de origem interna, assim como do feedback dos profissionais so-
27 bre as mesmas.

28

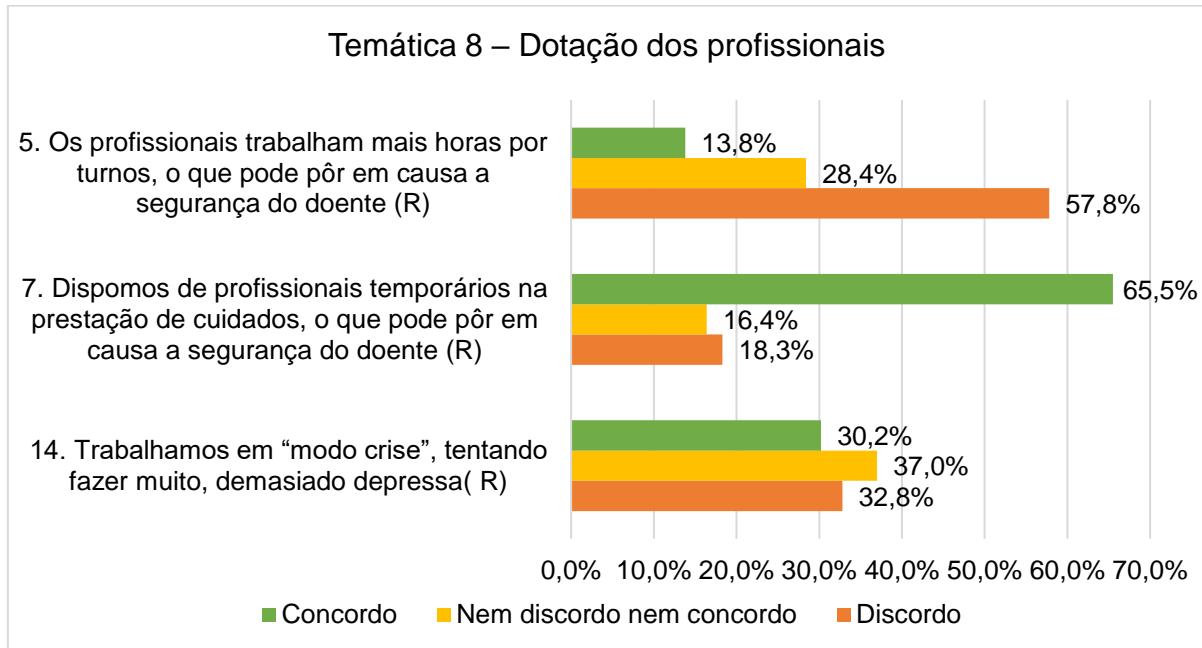
29 4.2.8 - Temática 8 – Dotação dos profissionais.

30

31 Esta temática apresenta em todos os itens inversão da escala por estarem no

1 sentido negativo. Relativamente à 8ª temática, o valor médio de respostas positivas é
 2 de 37,5%. O item 14 apresenta respostas díspares, podendo ser influência do fluxo de
 3 trabalho ou da própria organização da rotina laboratorial. O item com maior percenta-
 4 gem de respostas positivas foi o 7 (65,5%) e o item com respostas positivas mais re-
 5 duzido foi o 5 (13,3%) (gráfico 4.11).

6



7

8 Gráfico 4.11 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 8 - dotação dos profissionais
 9 (%).

10 Os profissionais afirmam que a dotação de pessoal é insuficiente para corres-
 11 ponder ao trabalho que é exigido, quando dispõem de profissionais temporários, os
 12 mesmos são mal pagos. De forma geral os profissionais trabalham de forma constante
 13 em modo de “crise” – elevado fluxo de trabalho e realizado com demasiada pressa(15).

14

15 Tabela 4.16 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática – Dotação dos profissionais

	Média de respostas positivas (%)				
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n= 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Dotação dos profissionais	41,0%	38,8%	26,9%	25,1%	37,5%

16

17 Esta temática tem como principal objetivo identificar se os profissionais são ca-
 18 pazes de lidar com a carga de laboral e se existe número de profissionais suficiente
 19 para dar resposta ao trabalho com qualidade. Existe um decrescimento da percenta-

gem média de respostas positivas, o que é contrário aos valores obtidos (37,5%). A diminuição dos valores obtidos durante os estudos pode ser fruto do fraco investimento nas carreiras profissionais. Os profissionais encontram-se sujeitos a frágeis condições de trabalho que pioram ciclicamente, cortes orçamentais que geram racionalização de recursos humanos e originam descontentamento geral dos profissionais. Apesar do número de profissionais em funções no SNS ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, parece que continua a não ser o suficiente para suprimir as necessidades. A estes fatores já mencionados adiciona-se a fadiga que afeta de forma geral a prestação de serviços.

Em equipas que são subcarregadas de forma constante, os níveis de fadiga começam também a ter impacto no trabalho de equipa e cooperação entre si. No entanto, o impacto da fadiga sobre a performance em termos científicos, ainda não foi demonstrado(97).

4.2.8 - Temática 9 – Resposta ao erro não punitiva.

Esta temática apresenta em todos os itens inversão da escala por estarem no sentido negativo. A média de respostas positivas correspondentes à temática 9 é de 39,4 %. É classificada como oportunidade de melhoria. O item 17 apresenta maior percentagem positiva de respostas (45,7%) e o item 11 a menor percentagem com 34,5% de respostas positivas. O item 8 apresenta 37,9% de respostas positivas, tornando necessário a intervenção. (gráfico 4.12).

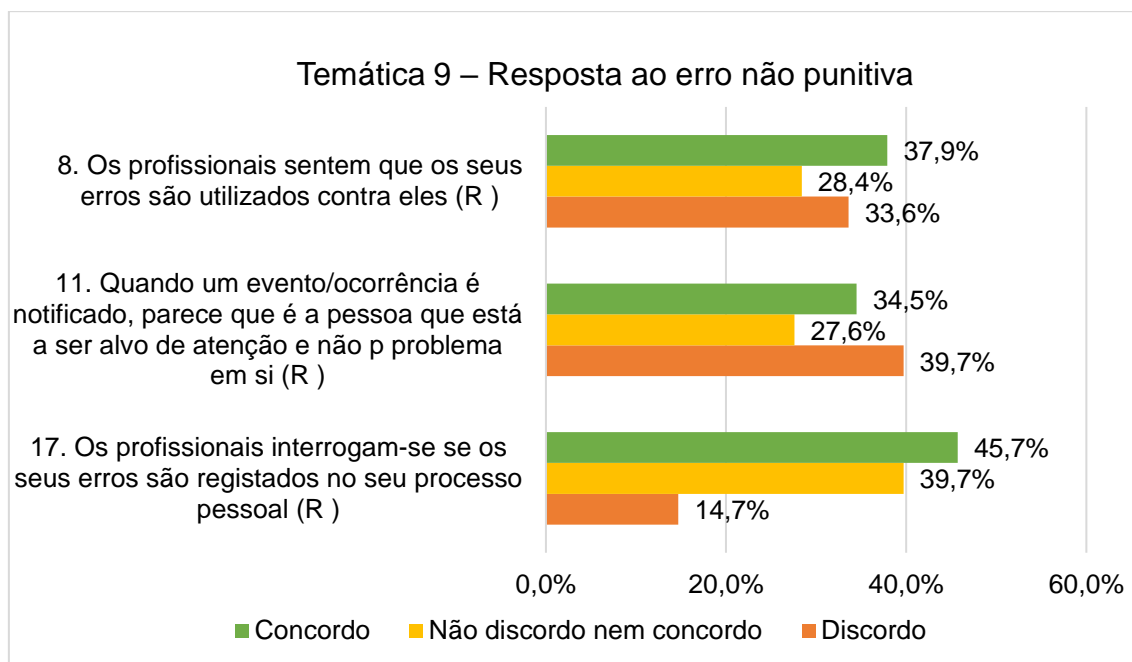


Gráfico 4.12 – Média de respostas positivas, neutras e negativas na temática 9 - resposta ao erro não

1 punitiva (%).

2 Os profissionais não devem sentir receio em assumir erros, devendo-se tornar o ambi-
3 ente seguro para a notificação do mesmo. A elevada percentagem de respostas neu-
4 tras pode ser indicativa da relutância dos profissionais em notificar e dar a sua opinião.
5 A notificação deve ser direcionada para a identificação de erros e não na culpabiliza-
6 ção dos profissionais(110).

7

8 Tabela 4.17 – Dados obtidos em diversos estudos relativos à temática 9 – Resposta ao erro não punitiva.

Média de respostas positivas (%)					
	Margarida Eiras (2011) n = 1113	Teresa Peralta (2012) n = 536	Marina Costa (2013) n = 303	Ricardo Silva (2019) n = 113	Presente estudo
Resposta ao erro não punitiva	27,0%	23,1%	25,4%	26,0%	39,4%

9

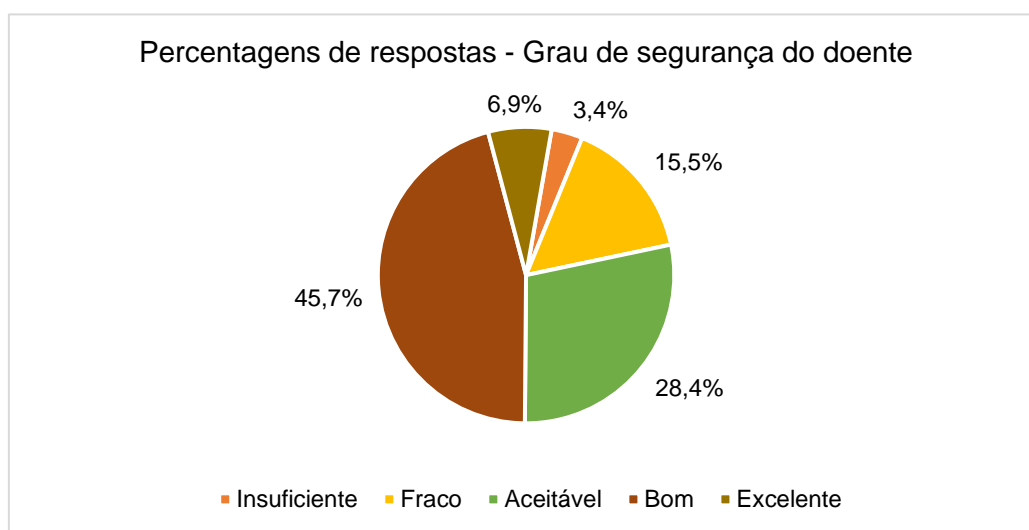
10 Comparativamente a outros estudos, a média de respostas positivas é superior ao
11 esperado (tabela 4.17)

12

13 4.2.9 - Análise das respostas obtidas – Grau de Segurança do Doente.

14

15 A maioria dos participantes (45,7%) considerara que o local de desempenho de fun-
16 ções apresenta um grau de segurança do doente “Bom”, 6,9 % como “Excelente”, 28,4%
17 como “Aceitável” e 15,5 % como “Fraco”. Apenas 3,4% considera que é “Insuficiente”
18 (gráfico 4. 13).



19 Gráfico 4.13 – Atribuição do grau de segurança do doente.

20 Os resultados obtidos vão de encontro aos diferentes estudos analisados, em

1 que a maioria dos participantes demonstra uma percepção positiva do grau de seguran-
2 ça do doente.

4.3. Análise global das temáticas

6 A temática com maior robustez/resultados positivos é a 1, referente ao “traba-
7 lho de equipa”, que apresenta uma média de respostas positivas de 60,3%. As restan-
8 tes dimensões em estudo apresentam todas uma percentagem inferior a 50% de res-
9 postas positivas consideradas assim como críticas e prioritárias. A temática 2, referen-
10 te a “expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente”
11 apresenta apenas 33,9% de respostas positivas, valor mais baixo entre todas as temá-
12 ticas, devendo ser umas das prioridades de intervenção (gráfico 4.14).



14 Gráfico 4.14 – Média de respostas positivas nas 9 temáticas (em %).

16 As restantes percepções retiradas apresentam média de respostas positivas in-
17 feriores a 50,0%. Os valores são os mais baixos comparativamente a outros estudos
18 observacionais. Este estudo engloba um único grupo profissional e a dimensão de
19 amostra é inferior ao definido inicialmente, o que pode ter influenciado os resultados
20 obtidos. Os dados demonstram uma necessidade de intervenção em diversas áreas,
21 quer organizacionais quer do serviço, refletindo um nível de segurança do doente críti-
22

1 CO.

2

3 Tabela 4.18 – Média de respostas positivas de diferentes estudos em comparação aos resultados obtidos.

		Média de respostas positivas (%)				
		Margarida Eiras (2011) N=1113	Teresa Peralta (2012) N =536	Marina Costa (2013) N =303	Ricardo Silva (2019) N=113	Presente estudo
Temática/Dimensão	Trabalho de equipa	69,0%	72,7%	77,0%	64,4%	60,8%
	Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente	63,0%	63,3%	42,6%	39,4%	33,9%
	Aprendizagem organizacional – melhoria continua	66,0%	71,1%	63,7%	34,0%	43,7%
	Perceções gerais sobre a segurança do doente	53,0%	51,4%	53,7%	39,0%	47,1%
	Comunicação de erros e feedback acerca do erro	56,0%	62,4%	46,5%	22,4%	40,0%
	Abertura na comunicação	53,0%	57,9%	52,7%	46,0%	35,2%
	Frequência da notificação	39,0%	28,4%	36,1%	13,0%	38,2%
	Dotação dos profissionais	41,0%	38,8%	26,9%	25,1%	37,5%
	Resposta ao erro não punitiva	27,0%	23,1%	25,4%	26,0%	39,4%

4

5 O primeiro, segundo e quarto exemplo apresentam populações mistas (médicos,
6 enfermeiros, TDT, assistentes técnicos) enquanto o terceiro exemplo engloba apenas
7 a equipa médica e de enfermagem. O número de amostra de cada um também difere.
8 Existe um consenso entre os estudos sobre a temática com maior número de respos-
9 tas positivas, correspondendo ao trabalho de equipa. Relativamente à “frequência de
10 notificação” e “resposta ao erro não punitiva ao erro” os valores obtidos foram melho-
11 res que o esperado, sendo superiores aos restantes estudos como demonstrado (tabe-
12 la 4.18) As restantes temáticas apresentam valores intermédios entre os estudos apre-
13 sentados. Contudo, não deixa de ser necessária a intervenção urgente. No que con-
14 cerne à “Abertura na comunicação” os resultados são contrários ao esperado, visto
15 que comparativamente é uma temática que apresenta valores mais elevados que o
16 obtido (35,2%). A diferença de visão, em relação á “resposta ao erro não punitiva”,
17 39,4% comparativamente a 25,4% (valor médio entre os quatros estudos apresenta-

dos) pode ser fruto da sensibilização para este tipo de processo, visto que a rotina laboratorial é composta por um número composto de processos e por isso mais suscetível a erros. Cada etapa do processo acresce, no mínimo, uma hipótese de erro ou evento adverso.

4.4 Análise inferencial

4.4.1. Grau de segurança do doente em função da formação base

Relacionando a formação base (ACSP ou CBL) com o grau de SD, verificamos que não estão associados de forma estatisticamente significativa ($p = 0,1$) (tabela 4.19). Pelo que inferimos que, nesta amostra, a formação base não tem influência nos conhecimentos dos profissionais sobre SD. Isto pode dever-se ao facto de ambas as licenciaturas abordarem de forma superficial a SD e o verdadeiro contacto e desenvolvimento da perceção de SD ocorrer durante a vida profissional. Um estudo de 2012 e repetido novamente em 2019, demonstra que os alunos da área das tecnologias da saúde, apesar de demonstrarem proximidade ao tema, apresentavam desconhecimento das áreas em questão. Devido aos fracos resultados obtidos, o autor refere como recomendação a criação de unidade curricular, direcionada a influenciar os alunos a adquirir hábitos integrados numa CSD, assim como demonstrar a mais-valia para os serviços de saúde e para o próprio doente. A implementação desta recomendação continua a ser viável e possível visto que tornaria os novos profissionais mais cientes do conjunto de ações que podem tomar para ser um vetor ativo na CSD. Após oito anos, as recomendações do segundo autor são as mesmas(111,112). Podemos considerar que a formação académica no que se refere a SD é fraca.

Tabela 4.19 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e a formação base.

	Insuficiente	Fraco	Aceitável	Bom	Excelente	Total por linha
Formação Base ACSP	2	15	24	30	7	78
Formação Base CBL	2	3	9	23	1	38
Total por coluna	4	18	33	53	8	116 (Total)

4.4.2. Grau de segurança do doente em função do contato com SD durante a formação base.

1 Relacionando o contacto com SD, ou ausência dele, com a formação base com
 2 o grau de SD, verificamos que não estão associados de forma estatisticamente signifi-
 3 cativa ($p = 0,6$) (tabela 4.20). Pelo que foi possível inferir que o contacto com SD na
 4 formação não tem influência sobre as percepções dos profissionais sobre SD. Como já
 5 foi referido anteriormente, o contacto com SD durante a licenciatura é breve e superfi-
 6 cial. Estudos anteriores identificaram que apesar de os alunos afirmarem que têm con-
 7 tacto com a temática, os mesmos afirmam que as horas de contacto não são as sufici-
 8 entes(112). Esta pode ser uma das hipóteses que justifique o porquê do contacto du-
 9 rante a formação base não influenciar os profissionais.

10
 11 Tabela 4.20 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e o contato com SD du-
 12 rante a formação base.

	Insuficiente	Fraco	Aceitável	Bom	Excelente	Total por linha
Contato com SD	2	8	22	29	4	65
Sem contacto com SD	2	10	11	24	4	51
Total por coluna	4	18	33	53	8	116 (Total)

13
 14 4.4.3. Grau de segurança do doente em função dos anos de experiência.

15
 16 Para se proceder à inferência estatista sobre a influência dos anos de experiência
 17 foi determinado um *cut-off* para dividir a amostra em dois grupos:

- 18 - Profissionais com até 5 anos de experiência (engloba as categorias de “até 2
 19 anos” e “entre 2 e 5 anos”;
- 20 - Profissionais com mais de 5 anos de experiência (engloba as categorias “entre 5
 21 e 10 anos”, “entre 10 e 20 anos” e “mais de 20 anos”).

22
 23 Esta separação de dados, foi pensada de acordo com a premissa que os anos de
 24 trabalho podem influenciar a percepção dos TACSP. O primeiro grupo, composto por
 25 profissionais mais recentes em início da carreira profissional e por isso mesmo mais
 26 sujeitos a erros e com conhecimentos menos consolidados. A faixa temporal de 5 anos
 27 foi determinada, porque de acordo com o Decreto-lei 111/2017, de 31 de agosto, para
 28 se puder realizar a candidatura a um TACSP especialista, trabalhador deve ter, pelo
 29 menos, 6 anos de experiência efetiva e com avaliação de empenho positivo.

30
 31 Relacionando os anos de experiência com o grau de SD, verificamos que não
 32 estão associados de forma estatisticamente significativa ($p = 0,1$) (tabela 4.21). Pelo
 33 que foi possível inferir que os anos de experiência não tem influência sobre as perce-

ções dos profissionais sobre SD.

O resultado obtido não vai de acordo com o idealizado, em que profissionais mais experientes demonstram melhores resultados no que concerne à prestação de cuidados. O aumento da experiência profissional é sempre benéfico, mas deve-se ter em consideração outros aspetos como a origem da formação académica, a atualização dos conhecimentos e mesmo as qualidades interpessoais. Esta ideologia pode também ser originada pelo facto que os profissionais, ao longo do seu exercício de funções, desenvolvem as capacidades de compreensão e entendimento dos pacientes, resultando numa comunicação mais adequada e direta. Estes fatores influenciam diretamente a satisfação dos pacientes para com os profissionais.

Tabela 4.21 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e anos de experiência.

	Insuficiente	Fraco	Aceitável	Bom	Excelente	Total por linha
Até 5 anos	2	5	13	31	5	56
Mais de 5 anos	2	13	20	22	3	60
Total por coluna	4	18	33	53	8	116 (Total)

4.4.4 Grau de segurança do doente em função da formação complementar.

Para se proceder à inferência estatística sobre a influência da formação adicional, a amostra foi reorganizada em *dois grupos*:

- Profissionais com formação complementar;
- Profissionais sem formação adicional.

O principal objetivo é determinar se a formação adicional tem impacto, independentemente do momento em que ocorre.

Ao relacionar a realização de formação versus ausência de formação em prol do grau de SD, verificamos que não estão associados de forma estatisticamente significativa ($p = 0,9$) (tabela 4.22). Pelo que foi possível inferir que a formação adicional não tem impacto sobre as perceções dos profissionais sobre SD (tabela 4.22).

Os dados obtidos também podem ser consequência da fraca adesão a formações direcionadas à SD. Os profissionais, de acordo com os dados obtidos, demonstram priorização de áreas como o controlo de qualidade, higiene e segurança ou técnicas de âmbito laboratorial. Apenas demonstra que apesar da grande maioria dos parti-

1 cipantes realizar formação, a mesma não é direcionada a esta temática (tabela 4.3).
2 Outro fator a ter em conta é que não se encontra descrito pelos dados obtidos os nú-
3 meros de horas de formação, o que também pode ser fator influente. Neste campo, a
4 formação na área de SD também parece ficar aquém das recomendações da ENQS e
5 do PNSD 2021-2026, onde é enfatizada a importância da promoção da formação de
6 profissionais de saúde nesta área.

7

8 Tabela 4.22 - Resultado da aplicação do teste Qui-quadrado entre o grau de SD e formação adicional.

	Insuficiente	Fraco	Aceitável	Bom	Excelente	Total por linha
Com formação adicional	3	15	28	46	7	99
Sem formação adicional	1	3	5	7	1	17
Total por coluna	4	18	33	53	8	116 (Total)

9

10

5. Conclusões

1
2
3 A presente investigação teve desde o início a preocupação em realizar um tra-
4 balho que, embora académico, tivesse aplicabilidade prática. Como profissional de
5 ACSP considero a segurança do doente um tema fulcral para a garantia de cuidados
6 de saúde de qualidade, considerando este trabalho uma opção muito gratificante e
7 semelhante a um primeiro passo de um longo caminho de mudança. Assim a revisão
8 de literatura permitiu uma melhor visão e contextualização da temática, bem como um
9 conhecimento alargado na forma como o questionário HSPSC está a ser utilizado em
10 diversos países.

11
12 Portugal, semelhantemente aos restantes países europeus, demonstra preocu-
13 pação no que concerne às políticas de CSD e aos eventos adversos provenientes dos
14 mesmos(113). Apesar de existir um esforço conjunto com as entidades estatais, os
15 profissionais de saúde continuam assoberbados pelas funções atribuídas devido ao
16 aumento de volume de trabalho e à degradação das condições em que exercem, pre-
17 judicando a SD. Os estudos realizados em Portugal começaram há mais de 10 anos,
18 neste momento já com inúmeras diretrizes de CSD, mas continua-se a observar valo-
19 res abaixo do esperado. Devido ao contacto direto com o doente de forma constante, a
20 maioria dos estudos são dirigidos a populações específicas, nomeadamente equipas
21 médicas e de enfermagem. Para esta investigação foi escolhido uma população espe-
22 cífica, TACSP, devido ao impacto que o seu trabalho tem no *outcome* do doente, mes-
23 mo com contacto reduzido e momentâneo.

24
25 Nos últimos anos observou-se a um aumento no número de estudos sobre
26 CSD que surtem efeito através das recomendações nacionais e internacionais (na sua
27 maioria já implementadas e em monitorização). Contudo foi verificado através dos da-
28 dos apresentados, que para esta população em específico, a perceção que os profis-
29 sionais de saúde têm acerca de CSD é inadequada e aquém do esperado. A amostra
30 obtida apresenta diferentes faixas etárias, provenientes de diferentes tipos de forma-
31 ção e localização geográfica. Não foi possível identificar fatores que condicionem a
32 perceção de CSD da amostra em causa.

33
34 A população de TACSP a exercer funções no SNS é maioritariamente constitu-
35 ída por mulheres (84,5%), com idade média de 35 anos e com formação base a licen-
36 ciatura em ACSP (68,1%). Em relação ao tempo de exercício de funções, destacam-
37 se dois grupos: - os que laboram à um período de 2 a 5 anos (34,5%) e 10 a 20 anos

1 (24,1%). Os profissionais demonstram gosto em realizar formação adicional (85,3%
2 afirma que já realizou formação). Geograficamente encontram-se em maior percenta-
3 gem na área da de Lisboa, Santarém e Setúbal (42,2%).

4
5 A cultura de segurança do doente, percecionada pelos profissionais do hospital,
6 apresenta pontos fortes e oportunidades de melhoria. A temática “trabalho de equipa”
7 é considerada uma força de segurança, com uma média positiva de 60,8%, sendo a
8 única com média positiva superior a 50%, sendo por isso também considerada ponto
9 forte. A maioria das temáticas estudadas constituem oportunidades de melhoria, temos
10 a “aprendizagem organizacional-melhoria contínua” (43,7%), “perceções gerais sobre
11 segurança do doente” (47,1%) e “Comunicação de erros e *feedback* acerca do erro”
12 (40,0%). Com médias positivas mais baixas encontram-se “resposta ao erro não puni-
13 tiva” (39,4%), “dotação de profissionais” (37,5%), “frequência da notificação” (38,2%) e
14 “abertura na comunicação” (35,2%), todas com médias positivas inferiores a 40%. De
15 acordo com os dados obtidos, não foi possível determinar se os anos de experiência
16 têm impacto na perceção dos profissionais, assim como a formação contínua. O mes-
17 mo aplica-se à formação base e ao contacto com SD durante a realização dessa for-
18 mação.

19
20 Os resultados acima indicam as temáticas a intervencionar de forma prioritária
21 no sentido da melhoria contínua dos processos. Realça-se desta forma a necessidade
22 de formação na área notificação proativa de incidentes e eventos adversos, bem como
23 as formas de respostas ao erro de forma não punitiva. É conceito basilar a promoção
24 da confiança mútua, de forma a transmitir uma cultura justa, transparente e não dis-
25 criminatória de acordo com a hierarquia. A “aprendizagem organizacional-melhoria
26 contínua” assim como “perceções gerais sobre a segurança do doente” são indicado-
27 res da capacidade da organização e das equipas em desenvolverem estratégias para
28 alcançar melhores resultados, podendo também ser foco de intervenção.

29
30 Relativamente à dotação de profissionais é um dos grandes desafios da im-
31 plementação de procedimentos de CSD. É recorrente a menção de recursos escassos
32 e alocação dos mesmo de forma a colmatar as maiores necessidades, não sendo sal-
33 vanguardado a continuidade de formação ou processos de aprendizagem. O impacto de
34 elevado volume de trabalho volta a ser fator decisivo na promoção da qualidade dos
35 cuidados prestados. As limitações dos recursos disponíveis condicionam as opções e
36 estratégias das instituições para efetivar uma mudança assertiva da cultura de segu-
37 rança dos doentes.

1
2 Individualmente, cada um dos profissionais pode ser agente de mudança. As
3 ações que se tomam devem ter por base o bom senso, fundamentadas adequadamen-
4 te e sempre com foco no doente. A divulgação de boas práticas e a atitude mais pró-
5 ativa permite encontrar respostas aos problemas de menor dimensão, mas que interfe-
6 rem com a SD de igual forma. Os erros humanos não se conseguem evitar em absolu-
7 to, mas as práticas individuais de segurança podem reduzir os acidentes e sobretudo
8 minimizar as suas causas.

9
10 A nível organizacional a alteração de procedimentos e atitudes implica um mai-
11 or esforço que de forma individual ou em equipa, sendo condicionada por mais fatores
12 (recursos humanos ou económicos). Esta investigação faz-nos considerar que a cultu-
13 ra de segurança do doente não é assumida como uma prioridade e reflete a cultura
14 organizacional portuguesa ao nível dos serviços de saúde.

15 16 **5.1 Limitações do estudo**

17
18 A principal limitação deste estudo foi a forma de divulgação do questionário.
19 Apesar do número diverso de redes sociais que existem, não foram tidos em conside-
20 ração profissionais que não tivessem redes sociais ou com dificuldades em responder
21 por fraco conhecimento informático, criando uma barreira à participação. O fraco co-
22 nhecimento dos participantes sobre a temática também pode ser considerado como
23 limitação, visto que pode dificultar ou impedir o correto preenchimento do questionário.

24
25 Outra das limitações observadas é a elevada taxa de respostas neutras, aca-
26 bando por não ser favorável a uma análise mais objetiva das respostas. Demonstra
27 que os inquiridos não têm opinião formada sobre o assunto ou que têm receio de de-
28 monstrar o que pensam, por eventual receio de identificação/penalização independen-
29 temente da garantia de confidencialidade. Esta observação é correspondente a uma
30 cultura punitiva e de responsabilização pelo erro.

31 **5.2. Sugestões para estudos futuros**

32
33 Os resultados obtidos permitem identificar as melhorias necessárias e sugerir as
34 intervenções a realizar, sendo um passo fulcral na promoção dos procedimentos en-
35 volvidos na CSD perante os TACS do SNS. De acordo com os resultados obtidos,
36 existem melhorias prioritárias necessárias demonstradas, havendo as seguintes su-
37 gestões:

- 1 • Necessidade de formação sobre SD, através de estratégias adequadas a cada
2 serviço para se conseguir originar melhorias específicas e globais à organiza-
3 ção;
- 4 • Necessidade de formação de liderança para cargos hierárquicos, fortalecendo
5 a colaboração entre os profissionais e diferentes graus. Deve ser ponto central
6 a segurança do doente sem prejuízo aos profissionais, com erradicação do
7 medo de punição perante o erro. O erro apenas deve atuar como ferramenta
8 para aprendizagem e possíveis formas de melhoria para evitar a repetição;
- 9 • Desenvolvimento de comunicação adequada entre os diferentes graus hierár-
10 quicos no sentido de promover o empenho, valorização e motivação de todos
11 para um objetivo comum.
- 12 • Criação de formação interna, em tempo de serviço, adequada às necessidades
13 de cada equipa após avaliação;
- 14 • Utilização de práticas de trabalho de acordo com normas orientadoras, boas
15 práticas transversais e de fácil acesso a todos os profissionais;
- 16 • Reforço da utilização de sistema informático de notificação de incidentes e
17 eventos adversos, que garanta a confidencialidade da informação. Formação
18 sobre o mesmo e apoio na sua utilização;

19 Os resultados obtidos podem ser ponto de partida para novas investigações sobre a
20 temática, ou mesmo sobre a população em estudo.

21
22 Futuramente também será apropriado desenvolver estudos sobre a cultura do
23 erro para identificar o porquê da reticência dos profissionais no processo de notifica-
24 ção, de forma a compreender os fenómenos que se relacionam com a avaliação da
25 dimensão “resposta não punitiva ao erro”.

26
27 Também seria pertinente dar continuidade a este estudo, dirigindo o inquérito a
28 profissionais de ACSP que exerçam funções em instituições de origem privada e com-
29 parar os resultados. Os resultados obtidos podem possibilitar a implementação de es-
30 tratégias de melhoria independentemente do local, ou identificar ações que potenciam
31 positivamente a perceção e adoção de processos, sendo este um passo importante na
32 sensibilização da CSD junto destes profissionais.

33
34 Outra sugestão é a revisão das unidades curriculares onde são abordados os
35 conceitos a SD e tentar perceber se um maior número de horas de contato poderá
36 impactar a perceção dos futuros profissionais. Pode englobar todos os estudantes pro-

1 venientes de cursos da área das tecnologias da saúde, visto que todos se englobam
2 na carreira TSDT. Os resultados obtidos podem também servir para comparar os re-
3 sultados dentro de cada formação base.

6. Referências bibliográfica

1. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde. 2011;2011(3):319–31.
2. Sá. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico final. 2011;142.
3. Organization WH. Patient Safety Research. 2012.
4. Assembleia da República. Lei nº95 - Lei de Bases da Saúde. Diário da República. 2019;1. a série (Nº 169):55–66.
5. Ministério da Saúde. Despacho nº 3635/2013: Programa do XIX Governo Constitucional. Diário da República, 2a série - No 47. 2013;8528–9.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S. Rapporteur's Report Session I: Origin of the problem: Malcolm Ross. Vol. 52, Regulatory Toxicology and Pharmacology. 2008.
7. OMS. Quality Management System Handbook. 2013.
8. Silva E, Pedrosa D, Leça A, Silva D. Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. Revista de Enfermagem Referência. 2016; IV Série (Nº 9):87–96.
9. Sequeira C, Martins M, Araújo F, Martinho J, Figueiredo M, Marques P, et al. NursID - Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem. 2007. 255 p.
10. Fernandes A, Queirós P. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Revista de Enfermagem Referência. 2011; III Série (nº 4):37–48.
11. Ministério da Saúde. Decreto-Lei no 261/93 de 24 de julho. Vol. 1a Série, Diário da República. 1993. p. 3996–7.
12. Institute of Medicine (US) C on Q of HC in A, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M. To Err is Human. National Academies Press (US); 2000.
13. Hillborne, L., Lubin, I.M. SM. The beginning of the second decade of the era of patient safety: implications and roles for the clinical laboratory and laboratory professionals. Clin Chim Acta. 2009; 404:24–7.
14. Ministério da Saúde. Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De Saúde. 2018;240.
15. Costa MFSP. Cultura De Segurança Do Doente Num Hospital Da Região Centro, Perceção Dos Profissionais. 2014;132.
16. Pisco L, Biscaia JL. Avaliação da qualidade. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001; 2:43–51.
17. Moen RD, Norman CL. Circling Back: Clearing up myths about the Deming cycle and seeing how it keeps evolving. Qual Prog. 2010;(11):22–8.
18. Sciacovelli L, Sonntag O, Padoan A, Zambon C, Carraro P, Plebani M. Monitoring quality indicators in laboratory medicine does not automatically result in quality improvement. Clin

Chem Lab Med. 2011; Dec 5(50):463–9.

19. Firquin BL. Quality is free - But how do you implement total quality and restructure information technology at the same time? Proceedings ACM SIGUCCS User Services Conference. 1992; Part F1297:93–5.

20. Juran J, Godfrey A. Juran's Quality Handbook, 5th EDITION. 1998. 1699 p.

21. Donabedian A. Donabedian the quality of care. Vol. 260, Journal of American Medical Association. 1988. p. 1743–8.

22. Eiras M. Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação numa unidade de radioterapia. 2011;249. Available from: <https://run.unl.pt/handle/10362/13667>

23. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? J Am Med Assoc. 1988;260(12):1743–8.

24. Baker A. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Vol. 323, Bmj. 2001. 1192–1192 p.

25. França M. Quality, risk management and patient safety: the challenge of effective integration. World Hosp Health Serv. 2008;44(4):21–3.

26. Zwart DL, Langelaan M, van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJ, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of "SCOPE." BMC Fam Pract. 2011;12(1):117.

27. World Health Organization. Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade. 2020.

28. Despacho nº3482/2013. Ministério da Saúde. Diário da República, 2a série – nº45(05-03-2013). 2013;8174–5.

29. WHO. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and. 2010;110.

30. Rosenbloom M. Medical Error Reduction and PDAs. International Pediatrics. 2003;18(2):69–77.

31. Zhang H, Wiegmann DA, von Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. Safety Culture: A Concept in Chaos? Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting. 2002;46(15):1404–8.

32. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf. 2013;22(10):809–15.

33. And DH, Protection. A Strategic Approach Discussion Document for a Health Strategy. 2004.

34. Helo S, Moulton CAE. Complications: Acknowledging, managing, and coping with human error. Transl Androl Urol. 2017;6(4):773–82.

35. Fleming M, Wentzell N. Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. Healthc Q. 2008;11(3 Spec No.):10–5.

36. Ribas MJ. Erro médico: Eventos adversos em cuidados de saúde primários: Promover uma cultura de segurança. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2010;26(6):585–90.

37. European Commission. Patient safety and quality of care: Special Eurobarometer 411. 2014. p. 1–153.
38. European Commission DG for C. Special Eurobarometer 411. 2014 [cited 2022 Jun 29]. Patient Safety and Quality of Care. Available from: http://data.europa.eu/88u/dataset/S1100_80_2_411
39. Lebre A, Resende A, Paiva A, Barbosa C, Gaspar F, Silva G, et al. Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.
40. DGS. Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 2022;2–66.
41. Despacho nº9390/2021. Gabinete do Secretário de estado Adjunto e da Saúde - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República, II série — Nº187 — 24 de setembro de 2021. 2021. p. 96–103.
42. Sousa P, de Sousa A, Serranheira F, Ovretveit J, Klazinga N, Sunol R, et al. The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 2009; Ed. 25 año:91–105.
43. De T, De Almeida J, Orientador P, Doutora P, Manuela M, Ferreira F. Curso De Mestrado Em Enfermagem Na Área De Especialização Em Gestão De Unidades De Cuidados Segurança do Doente-Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro.
44. Silva RLAP. Cultura de segurança do doente no bloco operatório: subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde. 2019;194. Available from: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2272/1/Ricardo_Silva.pdf
45. Si A ma. Quality in laboratory diagnostics: from theory to practice Overview on patient safety in health care and laboratory diagnostics. 2010;20(2):131–43.
46. Simões JA. Erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2010;26(6):560–2.
47. Hammerling JA. A review of medical errors in laboratory diagnostics and where we are today. *Lab Med*. 2012;43(2):41–4.
48. Carnall D. Error in medicine. Vol. 320, *Bmj*. 2000. 811 p.
49. Slee V, Slee D, Schimidt H. *Health Care Terms*. 3rd ed. St. Paul, MN: Tringa Press; 1996.
50. Report FT. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Final Technical Report. International Classification. 2009;(January).
51. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, Ilgen JS, Schmidt HG, Mamede S. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. *Academic Medicine*. 2017;92(1):23–30.
52. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(SUPPL. 1):85–90.
53. Brennan PA, Oeppen RS. The role of human factors in improving patient safety. *Trends in Urology & Men's Health*. 2022;13(3):30–3.
54. Wu AW. Medical error: The second victim. *Western Journal of Medicine*. 2000;172(6):358–9.
55. Plebani M. Clinical laboratories: Production industry or medical services? *Clin Chem Lab*

- Med. 2015;53(7):995–1004.
56. Ulmer C, Ball J, Mcglynn E, Hamdounia SB. Balancing Coverage and Cost. 2011.
 57. ISO 15189 BSI. BSI Standards Publication Medical laboratories — Requirements for quality and competence (ISO 15189: 2012). British Standards Institution. 2012;62.
 58. Plebani M. Quality in laboratory medicine: 50 years on. *Clin Biochem.* 2017;50(3):101–4.
 59. Irjala KM, Grönroos PE. Preanalytical and analytical factors affecting laboratory re-sults. *Ann Med.* 1998;30(3):267–72.
 60. Pincus MR, Abraham NZ. Interpreting Laboratory Results. *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods.* 2011;91–108.
 61. Martins de Almeida MA. Laboratório Clínico Hospitalar: Qualidade na fase pré-analítica. Universidade de Coimbra [Internet]. 2014;45. Available from: [https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37762/1/Laboratorio clínica hospitalar qualidade na fase pré analitica.pdf](https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37762/1/Laboratorio%20cl%C3%ADnica%20hospitalar%20qualidade%20na%20fase%20pr%C3%A9-analitica.pdf)
 62. Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Bio-chem.* 2010;47(2):101–10.
 63. Wiwanitkit V. Types and frequency of preanalytical mistakes in the first Thai ISO 9002:1994 certified clinical laboratory, a 6-month monitoring. *BMC Clin Pathol.* 2001; 1:1–5.
 64. Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Ann Clin Bio-chem.* 2010;47(2):101–10.
 65. Hawkins R. Managing the pre- and post-analytical phases of the total testing pro-cess. *Ann Lab Med.* 2012;32(1):5–16.
 66. Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: Types and frequency. *Clin Chem.* 1997;43(8):1348–51.
 67. Vilhena F. Controlo De Qualidade Em Laboratório Clínico: Hemoglobinopatias. *Re-posi-tório INSA.* 2015;21, 23, 24, 27.
 68. Alves Silva É, Campos de Freitas Ribeiro L, Terra Souza L, Gabrielle da Costa Vito-rino M, Carolina Fernandes Valadares A. Assertiveness in laboratory exams: The impor-tance of pre and post-analytical phaes focusing on the final diagnosis. 2022.
 69. Zorbozan N, Zorbozan O. Evaluation of preanalytical and postanalytical phases in clini-cal biochemistry laboratory according to IFCC laboratory errors and patient safety speci-fications. *Biochem Med (Zagreb).* 2022 Oct 1;32(3).
 70. West DR, Westfall JM, Araya-Guerra R, Hansen L, Quintela J, et al. Using Reported Primary Care Errors to Develop and Implement Patient Safety Interventions: A Report from the ASIPS Collaborative. *Advances in Patient Safety: From Research to Implemen-tation (Volume 3: Im-plementation Issues).* 2005;1–8.
 71. Stroobants AK, Goldschmidt HMJ, Plebani M. Error budget calculations in laboratory medi-cine: Linking the concepts of biological variation and allowable medical errors. *Cli-nica Chimica Acta.* 2003;333(2):169–76.
 72. SantAnna AP, Junior RP da SP. Composição probabilística no cálculo das priorida-des na FMEA. *Sistemas & Gestão.* 2010;5(3):179–91.

73. Rosa AFP, Brito JR, Royer R, Santos GT dos. Análise da confiabilidade humana em um laboratório de análises clínicas utilizando FMEA e FTA. *Conjecturas*. 2022;22(1):1–21.
74. International Organization for Standardization. *International Standard - Iso 31000*. 2018; 2018:1–16.
75. Wiegmann DA, Wood LJ, Cohen TN, Shappell SA. Understanding the “swiss Cheese Model” and Its Application to Patient Safety. *J Patient Saf*. 2022;18(2):119–23.
76. Gomes AT de L, Silva M da F, Morais SHM de Chiavone FBT, Medeiros SM de, Santos VEP. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria queijo suíço: análise reflexiva. *Rev enferm UFPE online*. 2016; 10:3646–52.
77. Perneger T V. The Swiss cheese model of safety incidents: Are there holes in the metaphor? *BMC Health Serv Res*. 2005; 5:1–7.
78. Magnezi R, Hemi A, Hemi R. Using the failure mode and effects analysis model to improve parathyroid hormone and adrenocorticotrophic hormone testing. *Risk Manag Healthc Policy*. 2016; 9:271–4.
79. Asefzadeh S, Yarmohammadian MH, Nikpey A, Atighechian G. Clinical risk assessment in intensive care unit. 2013;4(5).
80. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e científicas, Lda; 1999.
81. Gil A. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. In: Altas E, editor. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6th ed. São Paulo; 2008. p. 28.
82. Pedro A. Determinação do tamanho da amostra. In: *Guia Prático Climepsi de Estatística Epidemiológica: SPSS*. 2007. p. 44–5.
83. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res*. 2010;10.
84. Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1).
85. Varão S. *A Cultura de Segurança do Doente em Contexto Hospitalar*. Curso de Mestrado em Enfermagem. 2015.
86. Validação Confirmatória do “Hospital Survey on Patient Safety Culture ” através de um estudo preliminar da Cultura de Segurança dos Doentes em quatro Hospitais Distritais / Nível 1 Portugueses. 2023;(September 2009).
87. Cristina L, Doutora P, Eiras M, Estrela A, Morais De Almeida M. *Avaliação Da Cultura De Segurança Do Doente E Propostas De Melhoria*.
88. Global H. HRH Global Resource Center Resource Spotlight: Gender and Health Work-force Statistics [Internet]. Available from: https://www.hrhresourcecenter.org/gender_stats.html
89. Talib Z, Burke KS, Barry M. Women leaders in global health. *Lancet Glob Health*. 2017;5(6): e565–6.
90. Gonçalves J. Significados construídos em torno da experiência Profissional/Trabalho. 2002;(1990).
91. Ratnawati E, Sukidjo, Efendi R. The Effect of Work Motivation and Work Experience on

- Employee Performance. 2021;(September 2020).
92. Institute C on planning a continuing health care professional education. Redesigning Continuing Education in the Health Professions Committee on Planning a Continuing Health Professional Education. 2010.
93. Correia T, Dussault G, Pontes C. The impact of the financial crisis on human re-sources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy (New York)*. 2015;119(12):1600–5.
94. Proen GT, Up PCEF. Nurses' Motivation and Satisfaction at Work: An Exploratory Study at the Centro Hospitalar S. João. *Research Work in Progress*. 2015;38(April).
95. Comission E, Comission E, Balanced T. Programa Nacional para a Coesão Nacion-al. 2007.
96. Sorbero M, Farley D, Mattke S, Lovejoy S. Outcome Measures for Effective Team-work in Inpatient Care. Agency for Healthcae Research an Quality. Santa Monica; 2008.
97. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, et al. Error reduc-tion and performance improvement in the emergency department through formal team-work training: Evaluation results of the medteams project. *Health Serv Res*. 2002;37(6):1553–81.
98. Gama ZA da S, Oliveira AC de S, Hernández PJS. Patient safety culture and related factors in a network of Spanish public hospitals. *Cad Saude Publica*. 2013;29(2):283–93.
99. Jeremias ATN, Correia PMAR. Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 2019; 38:88–109.
100. Homem F, Patrício M, Cardoso R, Lourenço A. Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; III Série (nº 7):169–77.
101. Lundqvist D, Reineholm C, Ståhl C, Wallo A. The impact of leadership on employee well-being: on-site compared to working from home. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1–10.
102. Leonard M, Frankel a. How can leaders influence a safety culture? *Health Founda-tion Thought Papers*. 2012;(May):1–11.
103. Silva FL de A. A Segurança do Paciente inserida na gestão da qualidade hospitalar: uma proposta simplificada de implantação. 2021;(Figure 1):29–40.
104. Reason J. Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work&Stress*. 1998;12(2):293–306.
105. Santos MC dos, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. “Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios”. *Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa*. 2011;(10):47–57.
106. Tobias C, Bezerra GQ, Silvestre AL, Cecília N, Silva DC, Bauer AE. “cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico”. 2012;349–61.
107. Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality & Safety*. 2011 Mar 1;20(3):268 LP – 274.
108. Da Silva EL, De Araújo Rodrigues FR. Segurança do doente e os processos soci-ais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cultura de los Cuida-dos*.

2016;20(46):134–45.

109. Catarina I, Berça F, Augusta M. Health Care Sensitive Safety and Risk Management Indicators:

110. Lima SS. Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente. 2011;1–100.

111. Ricardo D. A Cultura de Segurança do Doente em alunos do 4o ano dos cursos de Tecnologias da Saúde. 2010.

112. Silva, A. A Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal o caso dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde.

113. Sousa P. Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional.

7. Anexos

Anexo I - Aprovação pelo CE-ESTeSL para a realização do projeto

CE-ESTeSL-Nº. 101-2022 - Joana Carrapiço

FORWARDED



De Comissão Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
Para 2021144@alunos.estesl.ipl.pt, ruben.roque@estesl.ipl.pt
Data 2022-11-29 00:18

 Resumo  Cabeçalhos  Texto simples

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº. 101-2022 – Joana Filipa Milhinhos Carrapiço

TÍTULO DO PROJETO: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente percecionada por Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública do Serviço Nacional

Tipo de Projeto/Estudo: Investigação 2º ciclo

Investigador/a Responsável: Joana Filipa Milhinhos Carrapiço

ORIENTADOR(ES): Profª. Doutor Ruben Roque; Profª Doutora Anabela Coelho

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

Instituição(ões) envolvidas: ESTeSL - IPL;

Exma. Senhora Profª Doutora Anabela Coelho

Exmo. Senhor Prof. Doutor Ruben Roque

Exma. Senhora Dr.ª Joana Carrapiço, estudante de mestrado

A Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) considera que analisado o protocolo do Projeto "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente percecionada por Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública do Serviço Nacional de Saúde", suscita-se a questão de saber se os dados são recolhidos de modo anónimo, porquanto é anexada uma minuta de consentimento informado que, ao ser utilizada, implica a identificação dos participantes. Ora, afigura-se, que dada a natureza do estudo que não é necessário para a investigação, nem se pretende conhecer os dados de identificação dos participantes respondentes ao inquérito online, o que afasta a aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados e inviabiliza a utilização de consentimento informado. Muito agradecemos que nos confirme se esta interpretação se encontra correta, de modo a podermos concluir a apreciação do seu projeto no prazo mais breve possível.

A CE-ESTeSL encontra-se inteiramente disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos

Rute Borrego



Anexo II – Permissão de utilização do questionário

Re: Pedido de utilização do questionário HSPSC como instrumento de aquisição de dados para tese de mestrado



De [Margarida Eiras <margaridaeiras@gmail.com>](mailto:margaridaeiras@gmail.com)
Para [Joana Milhinhos Carrapico <2021144@alunos.estesl.ipl.pt>](mailto:2021144@alunos.estesl.ipl.pt)
Data 2023-01-20 09:34

 [Resumo](#)  [Cabeçalhos](#)  [Texto simples](#)

 [Questionário hospitalar sobre a cultura de segurança do paciente \(4 Dez\).doc \(~103 KB\)](#) 



Este e-mail foi originado de fora da sua organização. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Bom dia

Muito agradeço o contacto e felicito-a pela iniciativa.

Naturalmente que autorizamos a utilização do questionário e para facilitar, junto a versão em word.

Agradeço que referencie de acordo com o artigo publicado em

[Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The Hospital Survey on Patient Safety Culture in Portuguese hospitals: validity and reliability of the instrument. International Journal of Health Care Quality Assurance 2014; 27\(2\):111-22.](#)

Pode proceder a alterações apenas nas questões sociodemograficas.

Atentamente,
Margarida Eiras
margaridaeiras@gmail.com

- **Doente:** pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. São referidos como doentes ao invés de clientes, utentes ou consumidores, apesar de ser reconhecido que beneficiários como uma grávida saudável ou uma criança submetida a imunização não podem ser considerados, ou considerarem-se, como doentes.
- **Evento:** algo que acontece a ou implica um doente.
- **Risco:** probabilidade de ocorrência de um incidente.
- **Dano:** implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico.
- **Erro:** falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução.
- **Incidente:** pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).
 - Ocorrência comunicável: uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (ou seja, uma unidade de cuidados intensivos movimentada, com grande falta de pessoal por um turno inteiro, ou levar um desfibrilhador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário).
 - Quase evento: um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão).
 - Evento sem danos: um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue foi transfundida, mas o sangue não era incompatível com o doente).
 - Incidente com danos (evento adverso): um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiu-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica).
- **Ação de melhoria:** ação empreendida ou circunstância alterada para melhorar ou compensar qualquer dano depois de um incidente.

Anexo IV - Categorização de erro e definição respetiva. Fonte: (2)

Categoria de Erro	Definição
Erro	Um erro que ocorre ao nível da prestação de cuidados diretos e cujos efeitos são sentidos quase imediatamente.
Erro baseado em regras	Quando uma pessoa não consegue executar um procedimento ou um protocolo corretamente ou escolhe um procedimento incorreto.
Erro baseado no conhecimento	Um erro que ocorre numa situação nova onde a solução para o problema tem de ser trabalhada no momento, sem a ajuda de soluções prévias. Isto implica a utilização laboriosa de recursos limitados com raciocínio consciente e analítico.
Erro benigno	O evento que não causa dano ou não tem resultados adversos.
Erro de comissão	Intervenção que resulta num evento adverso.
Erro de Competência	Erro devido a falta de conhecimento ou capacidade.
Erro de comunicação	Ausência de informações, troca de informações incorreta, interpretação errónea ou erro de compreensão.
Erro de decisão	Uma decisão que aumenta desnecessariamente o risco.
Erro de dispensa medicamentosa	Desvio em relação à prescrição, feita pelos profissionais da farmácia, aquando da dispensa da medicação para e aos doentes.
Erro clínico	Um evento adverso ou quase-evento que pode ser prevenido com o atual estado de conhecimento.
Erro de infração	Falha consciente na adesão a procedimentos ou regulamentos.
Erro de julgamento	Um erro que envolve a aplicação inadequada de conhecimentos para a situação clínica.
Erro de monitorização	Falha em reconhecer ou atuar sobre dados visíveis que necessitam de uma resposta.
Erro de negligencia	Erro devido a desatenção ou não realização de ação obrigatória.
Erro de omissão	Um erro que ocorre como consequência de uma ação

	não empreendida.
Erro de planeamento	A ação original pretendida não é a correta.
Erro de medicação	Todo o tipo de erro de medicação, seja de omissão ou comissão, que ocorre na etapa de preparação de um medicamento, quando a medicação é preparada por um farmacêutico, um enfermeiro, o próprio doente, ou um prestador de cuidados.
Erro de prescrição	Um erro cometido pelo médico na prescrição da medicação/ tratamentos/atos médicos.
Erro de procedimento	Execução incorreta do procedimento.
Erro de raciocínio	Erro relacionado com uma ponderação imperfeita.
Erro de sistema	Um erro que não é produto das ações de um indivíduo, mas o resultado previsível de uma série de ações e fatores abrangidos num diagnóstico ou processo de tratamento.
Erro humano	Um termo utilizado habitualmente para definir uma categoria de causas potenciais de atividades ou resultados insatisfatórios. Estudos em vários campos mostram que o rótulo erro humano é prejudicial e não específico.
Erro iminente	Um evento ou situação que podia ter resultado num acidente, dano ou doença, mas tal não aconteceu, por acaso ou por intervenção atempada.
Erro normativo	Um erro que implica não reconhecer as próprias limitações.
Erro persistente	O insucesso recorrente em rever um diagnóstico ou plano à luz de evidências disponíveis que sugerem que é necessário fazer uma revisão.
Erro potencial	As circunstâncias ou os eventos que têm a capacidade (potencial) para causar erro.
Erro técnico	Um erro que implica questões relacionadas com dispositivos ou equipamentos médicos e que têm a ver com conhecimento e capacidade.
Erros individuais	Erros que derivam principalmente de falhas do conhecimento, capacidade ou atenção do técnico de saúde.

“Perceção da Cultura de Segurança do Doente por Técnicos de Análises Clínicas e Saúde Pública do Serviço Nacional de Saúde” - Questionário

Eu, Joana Filipa Milhinhos Carrapiço, aluna do Mestrado em Tecnologias Clínico-Laboratoriais da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Instituto Politécnico de Lisboa), sob orientação da Professora Doutora Anabela Coelho e Professor Rúben Roque, estou a desenvolver um estudo sobre a cultura de segurança do doente na ótica dos técnicos superiores de análises clínicas e saúde pública (TSACSP). A cultura de segurança do doente é uma temática recorrente em todas as instituições prestadoras de serviços de saúde, como sucede em Portugal e restantes instituições europeias/ internacionais. Este inquérito visa entender a visão sobre cultura de segurança do doente, assim como os pontos fortes e melhorias passíveis, percecionadas pelos técnicos do laboratório clínico. Apesar do peso que estes profissionais podem assumir no processo de diagnóstico e tratamento de um doente, não existem estudos que permitam a caracterização da população assim como dos seus conhecimentos sobre segurança do doente. A informação atualmente disponível sobre a temática é maioritariamente referente ao termo “profissional de saúde”, abrangente às diferentes profissões.

O questionário encontra-se dividido em duas partes:

- I. Conjunto de questões que permitam descrever a população em estudo com questões como género, grupo etário, formação adicional e anos de exercício de funções;
- II. Utilização do questionário “Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais” na versão traduzida e validada para português “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais”, da autora Professora Doutora Margarida Eiras. O questionário encontra-se previamente adaptado para profissionais de saúde. Neste estudo serão abordadas as temáticas relacionadas com o serviço/unidade de trabalho, supervisão/ chefias, comunicação e a frequência de relatórios de ocorrência. Prevê-se um tempo de resposta de aproximadamente 10 minutos.

No sentido de obtenção de resultados válidos, solicita-se que as respostas ao questionário sejam dadas com o máximo rigor e honestidade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas se pretende a sua opinião pessoal e sincera.

Os dados obtidos serão anonimizados e tratados de forma confidencial, com o objetivo de se realizar tratamento estatístico em âmbito exclusivamente académico. A investigação em causa não apresenta quaisquer riscos associados e os participantes que decidam colaborar podem a qualquer momento desistir de participar na referida investigação. Caso surjam dúvidas os participantes podem entrar em contacto com os autores do estudo através do email: 2021144@alunos.estesl.ipl.pt

Crítérios de Elegibilidade

Desempenha funções no SNS? *

- Sim
- Não

Desempenha funções em Serviço de Patologia Clínica /Medicina Laboratorial? *

- Sim
- Não

Encontra-se de licença/baixa médica por um período superior a 12 meses? *

- Sim
- Não

Secção A - Informações Gerais

A presente secção tem como intuito a obtenção de dados para possibilitar a descrição da amostra em estudo.

Género *

- Feminino
- Masculino
- Outro

Idade *

Durante o decorrer da sua formação base , em alguma unidade curricular, teve contacto com o tema "segurança do doente"? *

- Sim
- Não

Qual a sua formação académica ? *

- Licenciatura em Análises Clínicas e Saúde Pública
- Licenciatura em Ciências Biomédicas Laboratoriais
- Outra:

Há quantos anos é profissional de saúde a exercer funções numa instituição pública? *

- Até 2 anos
- Entre 2 e 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 10 e 20 anos
- Há mais de 20 anos

Realizou formação adicional após término da licenciatura ou ao longo da vida profissional? *

- Não
- Sim, imediatamente após término da licenciatura
- Sim, ao longo da vida profissional

Se sim, mencione as temáticas em que realizou formação.

- Higiene e Segurança
- Segurança do Doente

O local onde desempenha funções fornece formação interna? *

- Não
- Sim

Qual a localização geográfica da instituição onde exerce funções presentemente? *

- Açores
- Algarve
- Alentejo: Beja, Évora e Portalegre
- Centro: Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Leiria;
- Lisboa: Lisboa, Santarém e Setúbal;
- Madeira
- Norte: Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto;

Nesta secção serão abordadas cinco temáticas :

I - serviço/unidade de trabalho

II - supervisão/chefias

III - comunicação

IV - frequência de relatórios de ocorrência

V - grau de segurança do doente.

Secção B - Utilização do questionário HSPSC

Temática I - Serviço/ Unidade de Trabalho

Indique se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu serviço/unidade de trabalho.

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a segurança do doente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria de segurança do doente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas.

É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste serviço/unidade.

Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.

Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a segurança do doente.

Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa.

Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho.

Temática III - Comunicação

Com que frequência acontece este tipo de situações no seu serviço/unidade de trabalho? Pense no seu serviço/unidade

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
O seu supervisor/chefia tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu supervisor/chefia leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sempre que existe pressão, o meu supervisor/diretor quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir alguns atalhos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Temática II - Supervisor/ Chefias

Indique se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor/coordenador/diretor ou pessoa a quem reporta diretamente.

	Não acontece	Pouco frequente	Frequente	Não se aplica
É fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Temática IV - Frequência dos relatórios de ocorrência

No seu serviço/unidade,
quando os erros que se seguem acontecem, são reportados?

	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo
Quando um erro é cometido, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, é reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando um erro é cometido, mas não tem perigo potencial para o doente, é reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando um erro é cometido, que pode causar dano ao doente mas isso não acontece, é reportado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Secção V - Grau de segurança do doente

Por favor atribua ao seu serviço/unidade de trabalho, um grau sobre segurança do doente.

- Insuficiente
- Fraco
- Aceitável
- Bom
- Excelente

Fim de Questionário

Obrigada pela sua participação!