

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

A Efetividade do Sistema de Notificações na Gestão do
Risco e na Segurança do Utente: Perspetiva dos
Profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando
Fonseca, EPE

AUTORA E INVESTIGADORA PRINCIPAL: ANA MARTINS, N° 2020171

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS (ESTESL)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

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

Lisboa, 2022

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

A Efetividade do Sistema de Notificações na Gestão do
Risco e na Segurança do Utente: Perspetiva dos
Profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando
Fonseca, EPE

AUTORA E INVESTIGADORA PRINCIPAL: ANA MARTINS, N° 2020171

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS (ESTESL)

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

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

Lisboa, 2022

“Lembre-se que da conduta de cada um depende o destino de todos.”

Alexandre, o Grande

Agradecimentos

Não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram neste longo percurso cheio de desafios, alegrias, mas também muitos percalços e incertezas. Todas foram imprescindíveis para que a realização deste trabalho fosse possível.

Muito obrigada aos meus amigos, pelo apoio e encorajamento nos momentos de maior fragilidade, e em especial, à Professora Doutora Joana Ropio, e à Doutora Inês Correia, pela enorme competência, partilha de conhecimento e visão crítica.

À minha orientadora, Professora Doutora Margarida Eiras, pelo tempo despendido, e rigor científico, que contribuiu para o enriquecimento deste trabalho.

À minha família, por ter acreditado em mim e me proporcionar tempo necessário para o concluir.

Ao meu companheiro, Hugo Feliciano, pelo incentivo e apoio incondicional para alcançar este grau académico, e claro, aos nossos três filhos, Lourenço, Duarte e Ana Catarina, a quem fiquei a dever, certamente, algumas horas da presença da mãe.

Todos foram fundamentais para a conclusão deste trabalho e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Muito obrigada!

Índice Geral

Índice de Figuras.....	iii
Índice de Gráficos	iii
Índice de Tabelas	iv
Siglas e abreviaturas.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Gestão do Risco e Segurança do Utente em instituições hospitalares	3
1.1 - Qualidade e segurança em saúde.....	3
1.2 - Gestão de risco.....	8
Capítulo 2 – Sistema de notificação de Incidentes e Eventos Adversos nas instituições hospitalares.....	13
2.1 – A natureza dos Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos	13
2.2 - Sistemas de notificação em Portugal	18
Capítulo 3 – Metodologia do estudo	24
3.1 – Objetivos	24
3.1.1 - Objetivo geral.....	24
3.1.2 - Objetivos específicos	24
3.2 - Tipo de estudo	24
3.3 Instrumento de recolha de dados	25
3.4 Variáveis do estudo.....	29
3.5 Local de estudo, população e amostra	30
3.6 Análise estatística	30
3.7 Questões Éticas	31
Capítulo 4 – Apresentação e discussão dos resultados	32
4.1 – Apresentação de resultados.....	32
4.2 - Discussão dos resultados	48
4.3 - Limitações do estudo	55

4.4 – O nosso estudo e perspetivas futuras	56
Capítulo 5 - Conclusão	58
Referências bibliográficas	59
Anexos	64
Anexo 1 – Questionário do estudo	
Anexo 2 - Questionário original da Dra. Paula Bruno	
Anexo 3 – Autorização para o uso do questionário da Dra. Paula Bruno	
Anexo 4 – Testes de Normalidade da Amostra	
Anexo 5 – Declaração de conflito de interesses	
Anexo 6 – Número de profissionais do HFF por categoria profissional.....	
Anexo 7 – Análise estatística	
Anexo 8 – Autorização da CE da ESTSL para a realização do presente estudo	
Anexo 9– Autorização do HFF para a realização do presente estudo	

Índice de Figuras

Figura 1 - Processo da gestão de risco (ISO 31000:2018)	10
Figura 2 - Tipos de incidentes de segurança do doente (WHO, 2020).....	14
Figura 3 - Processo de notificação de incidentes e eventos adversos ((WHO, 2021).....	16

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por anos de idade	33
Gráfico 2- Conhecimento de participação em programa de acreditação do hospital/categorias profissionais	34
Gráfico 3 - Conhecimento da implementação de um sistema de registos e notificação de eventos/incidentes por categorias profissionais.....	35
Gráfico 4 - Opinião sobre sistema de notificação internacional por grupo etário.....	36
Gráfico 5 - Opinião da acessibilidade do sistema de notificação por categoria profissional ..	38
Gráfico 6 – Causa de Notificação	38
Gráfico 7 - O que motiva a notificação.....	39
Gráfico 8 - Frequência de notificações nos últimos 12 meses por categoria profissional	40

Gráfico 9 - Identificação do notificador por categoria profissional	42
Gráfico 10 - Identificação do notificador por grupo etário.....	42
Gráfico 11 - Grau de segurança dos cuidados de saúde	43
Gráfico 12 - Importância do sistema de notificação na melhoria da qualidade.....	45
Gráfico 13 - Anonimidade do registo de notificação por grupo etário.....	47
Gráfico 14 - Anonimidade do registo de notificações por categoria profissional	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões da qualidade em saúde.....	5
Tabela 2 - Correspondência dos objetivos pelas questões aplicadas	25
Tabela 3 - Justificação das questões adicionadas ao questionário original	26
Tabela 4 - Categorias profissionais inquiridas	32
Tabela 5 - Conhecimento do programa de acreditação e sistema de registos de notificações no hospital.....	34
Tabela 6 - Opinião dos profissionais sobre o sistema de notificação no seu hospital e a nível internacional.....	36
Tabela 7 - Acessibilidade, segurança e feedback do sistema de registo de notificações do hospital.....	37
Tabela 8 - Médias das ordenações da variável grau de segurança atribuído aos cuidados de saúde prestados aos utentes pelos grupos etários.....	44
Tabela 9 - Médias das ordenações da variável grau de segurança atribuída aos cuidados de saúde prestados aos utentes pelas categorias profissionais	44
Tabela 10 - Médias das ordenações da variável importância do sistema notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados/Grupos etários	46
Tabela 11 - Médias das ordenações da variável importância do sistema de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados/Categorias profissionais	46
Tabela 12 - Anonimidade do registo de notificação	47

Siglas e abreviaturas

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge System*

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA – Estado Unidos da América

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

IOM – *Institute of Medicine*

ISO - International Organization for Standardization

MIM SP - *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDCA – *Plan/Do/Check/Act*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

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

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

SRI – Sistema de Registo de Incidentes

Resumo

Introdução: A notificação de incidentes é uma ferramenta para identificar vulnerabilidades de uma organização. Uma das críticas relaciona-se com o apelo à menor ênfase na quantidade das notificações, e maior ênfase à análise da sua efetividade, e no que esta se traduz na melhoria da cultura de segurança.

Objetivo: Analisar a efetividade dos sistemas de notificação na gestão do risco e segurança do doente segundo a perspetiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF).

Metodologia: É um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e exploratório. Foi aplicado um questionário, adaptado de um testado e validado, a todos os profissionais da instituição hospitalar, entre janeiro e março de 2022.

Resultados: Foram inquiridos 106 profissionais, que na maioria, referem não receber feedback das notificações, e dos que recebem, a maioria refere que o meio da receção é o email institucional, através das chefias ou por iniciativa própria.

Discussão: Os sistemas de notificação, devem funcionar como meios de transmissão de informação importante às Comissões da qualidade e segurança, para serem traduzidas em mudança. De outro modo, serão apenas registos para posterior análise puramente estatística. O feedback das notificações é fundamental para a motivação dos profissionais, pois demonstra o reconhecimento deste registo e fornece automaticamente um reforço positivo perante a atitude desse profissional.

Conclusão: Este estudo reforça, que se têm criado expectativas altas na efetividade dos sistemas de notificação, e que tal tem sido dececionante. É necessária a consciencialização dos gestores para as limitações apresentadas à realização das notificações e da importância do feedback das mesmas.

Palavras-chave: efetividade; segurança do utente; gestão do risco clínico; sistema de registo de notificações; cultura da qualidade

Abstract

Introduction: Incident reporting is a tool for identifying vulnerabilities in an organization. One criticism relates to the call for less emphasis on the quantity of notifications, and more emphasis on analyzing their effectiveness, and what this translates into in improving the security culture.

Objectives: To analyze the effectiveness of notification systems in risk management and patient safety from the perspective of professionals at Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (HFF).

Methodology: This is a quantitative approach, descriptive and exploratory study. A questionnaire, adapted from a tested and validated one, was applied to all professionals of the hospital institution, January and March 2022.

Results: 106 professionals were surveyed, and most of them refer that they don't receive feedback from the notifications, and of those who do, most refer that the means of reception is the institutional email, through their supervisors or by their own initiative.

Discussion: The reporting systems must function as a means of transmitting important information to the Quality and Safety Committees to be translated into change. Otherwise, they are just records for later purely statistical analysis. The feedback from the notifications is fundamental for the motivation of the professionals because it demonstrates the recognition of this record and automatically provides a positive reinforcement to the attitude of that professional.

Conclusion: This study reinforces that high expectations have been placed on the effectiveness of reporting systems, and that this has been disappointing. It is necessary to make managers aware of the limitations presented to the performance of the notifications and the importance of feedback.

Key Words: effectiveness; patient safety; clinical risk management; notification recording system; quality culture

Introdução

As atividades de prestação de cuidados de saúde encontram-se entre as atividades humanas que mais envolvem risco, assumindo assim, em ambiente hospitalar, uma grande complexidade, onde decorrem riscos de natureza diversa como o ruído, os riscos de natureza química, as radiações, os riscos de natureza biológica associados à infecção nosocomial, os riscos de natureza mecânica associados por exemplo ao risco de queda, bem como os riscos ergonômicos e psicológicos (1). A qualidade em saúde é entendida de uma forma mais simples através da tríade da Efetividade, Satisfação dos doentes e da Segurança dos cuidados de saúde (2).

A gestão do risco, passou a estar centrada na segurança do doente e na prevenção dos eventos adversos que ocorrem durante a prestação dos cuidados de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada. A notificação de incidentes é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização. Permitindo assim, a partilha da aprendizagem com o erro, apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições, reforçando deste modo, o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da identificação da autoria destes. Do mesmo modo, é muito importante que seja dada informação ao notificador sobre a análise da notificação realizada, bem como as evidências da sua efetividade com a descrição da implementação das respetivas medidas corretivas aplicadas, para que a causa que motivou o incidente não seja repetida (3).

Torna-se imperativo conhecer a frequência e natureza dos eventos adversos, contudo, o principal problema é a notificação da sua ocorrência por parte dos profissionais de saúde. Como muitos eventos não têm tradução em termos de dano importante para os doentes, torna-se difícil, ou quase impossível, identificar a sua frequência, natureza e consequências reais, caso não exista uma cultura de notificação. Não obstante a implementação de sistemas de notificação, enquanto ferramenta de gestão do risco, traduz uma quantidade reduzida de notificações realizadas, sendo apontadas como principais causas: a perceção de que é inútil notificar os eventos porque não existiram repercussões no doente; estarem criadas condições para ações disciplinares para o profissional envolvido; a ausência de relatórios sobre os eventos adversos ocorridos, a sobrecarga de trabalho, o esquecimento e a não valorização dos eventos adversos, para além do sentimento de medo ou vergonha entre os profissionais.

Incidentes considerados pelos profissionais como menos sérios, ou que apresentam consequências não imediatas ou mais leves aos doentes, são menos relatados ou notificados (4). É fundamental que os profissionais acreditem na importância dos sistemas de notificação, e para isso é importante que a melhoria decorrente das notificações realizadas seja evidenciada. Estes resultados remetem à importância de tornar a notificação fácil, desburocratizada e livre de hierarquias, pois de outro modo o profissional tende a omitir a ocorrência dos incidentes (4-7).

No entanto, uma das críticas identificadas, relaciona-se com um apelo à menor ênfase na contagem das notificações realizadas, e maior ênfase à análise da sua efetividade, e aprendizagem organizacional em relação à forma como o registo de notificações se traduz na melhoria da cultura de segurança (8).

Os erros, são uma consequência inevitável da prestação de cuidados de saúde, pelo que as instituições de saúde, devem saber lidar com os mesmos, minimizando os seus danos através da prevenção. A definição e deteção dos erros não é fácil, devido à sensibilidade do tema, à complexidade das unidades hospitalares e à natureza das situações relacionadas com as falhas de segurança (1). Para o desenvolvimento de uma cultura de segurança é necessário o comprometimento de todos os profissionais, sendo que os sistemas de notificação assumem um papel fulcral na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados. (9).

Neste estudo temos como objetivo geral: Analisar a efetividade do sistema de notificações na gestão do risco e segurança do doente segundo a perspectiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF). E como objetivos específicos: Apurar a frequência dos registos de notificações; Identificar a natureza da realização do registo de notificações; Avaliar a opinião dos profissionais acerca do sistema de registo de notificações existente; Nomear as barreiras à realização dos registos de notificações identificadas pelos profissionais; Apurar a importância atribuída pelos profissionais às notificações como uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

Capítulo 1 - Gestão do Risco e Segurança do Utente em instituições hospitalares

1.1 - Qualidade e segurança em saúde

Sendo a qualidade e a segurança do doente uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, para a equidade e para o respeito com que esses cuidados são prestados (1), é importante definir e compreender, a evolução de conceitos como, qualidade em saúde, segurança do doente e riscos associados à prática clínica e não clínica numa instituição hospitalar.

A definição de qualidade em saúde, aparece descrita na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde de 2015-2020, como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e que pressupõe a adequação dos cuidados às suas necessidades e expectativas. Sendo referido também que, qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação destes cuidados, uma vez que estas se apresentam como pilares da qualidade em saúde. Assim, de acordo com esta definição, a qualidade encontra-se intimamente ligada à segurança dos cuidados, e é uma garantia da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do sistema de saúde Português (1).

O tema da qualidade nas organizações de saúde não é recente, tem uma longa evolução de acordo com a perspetiva dos diversos autores e com a evolução dos cuidados de saúde. Em Portugal, à semelhança do que acontece na Europa, o movimento da qualidade na área da saúde, iniciado nos finais dos anos 90, deu origem à implementação do processo de acreditação hospitalar e à criação de comissões da qualidade em todas as instituições de saúde (10).

A evolução da gestão da qualidade em saúde, apresenta-se segundo Pelberg, em nove fases distintas. A primeira fase caracterizada pelo desafio da atribuição da responsabilidade dos profissionais de saúde e organizações pelos seus doentes (11). A segunda fase onde características organizacionais como liderança, recursos, sistemas de informação, comunicação entre equipas e a perspetiva dos doentes sobre qualidade, não eram reconhecidas, estando a qualidade delimitada à atividade clínica (12). A terceira fase caracterizada pelo trabalho do fundador e líder da gestão de qualidade, Avedis Donabedian, que definiu qualidade como “o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente, depois de tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados” (13). Com esta

definição, é introduzida a ideia da gestão da qualidade com base na estrutura, processo e resultados, nas relações entre estas variáveis e como estas podem ser relacionadas de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde.

Numa quarta fase, é descrito que se passa a verificar a monitorização por parte dos próprios profissionais de saúde dos cuidados por eles prestados, surgindo na quinta fase, pela influência da indústria, o ênfase na estrutura do sistema, no controlo dos procedimentos e no envolvimento dos profissionais (11). Segundo Maclaughlin, Edwards Deming contribui com princípios como, a definição de procedimentos, a importância do progresso contínuo, o fim das inspeções e na aposta da formação, bem como na liderança e envolvimento de todos os profissionais dentro de uma organização (14). Princípios estes, que ainda hoje são a base de programas de avaliação e melhoria contínua da qualidade aplicados a diversos setores da saúde, onde todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ter as suas modificações e melhorias implementadas e controladas, e os resultados avaliados de forma cíclica e constante – Ciclo PDCA (*Plan; Do; Check; Action*) (15).

A sexta fase define-se pela transição da Gestão da Qualidade Clínica, até aqui presente, para a Gestão da Qualidade Total, onde existe um incentivo aos líderes clínicos para que abordem a qualidade de um modo mais amplo, abrangendo aspetos não apenas clínicos, mas também relacionados com a liderança, comportamentos e com os sistemas de informação. A Gestão da Qualidade Total traduz-se como a melhoria contínua da qualidade na instituição. A sétima fase define o reconhecimento destas atuações através de prémios de qualidade, e na penúltima e oitava fase descrita, surge o desenvolvimento dos sistemas de informação. Já na última década do século XX. Pelberg, identifica a nona e última fase da evolução da gestão da qualidade com o enfoque nos erros associados à prestação de cuidados de saúde aos doentes, referindo como prova de maior impacto dessa ocorrência a publicação do relatório *do Institute of Medicine (IOM) "To Err is Human"* (12).

A nova noção de qualidade decorrente da última fase identificada, passa a contemplar as expectativas dos doentes, havendo uma importância atribuída à sua opinião em relação aos cuidados de saúde que lhes são prestados.

A partir da década de 2000, a segurança do doente assume importância na investigação em todo o mundo e passa a ser reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. (Tabela 1)

Tabela 1 - Dimensões da qualidade em saúde

Donabedian 1988	Maxwell 1992	NHS 1997	Council of Europe 1999	NLHI of JCAHO 1999	IOM 2001	WHO 2006
Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade	Efetividade
Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência
Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade		Acessibilidade
Segurança	Respeito		Segurança	Segurança	Respeito/ Segurança	Segurança
Adequabilidade	Adequabilidade		Adequabilidade	Adequabilidade		
Equidade	Equidade				Equidade	Equidade
		Atempada		Atempada	Atempada	
	Aceitabilidade		Aceitabilidade			Aceitabilidade
	Escolha/disponibilidade de informação	Experiência do doente	Satisfação do doente		Centralização no doente	Centralização no doente
Melhoria da saúde	Competência técnica	Melhoria da saúde	Eficácia			

Adaptado de (16, 17)

Portugal, enquanto estado membro do Conselho da União Europeia, segue as suas recomendações no que diz respeito à segurança dos doentes. Através destas recomendações, surgiram alterações legislativas e regulamentares, no sentido de definir “políticas apropriadas a ações a empreender com vista à promoção e disseminação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde de melhorias na qualidade e segurança dos doentes” (11).

Em 2007, através do Decreto-lei 50-A/2007, foi criada a Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, anteriormente designada por Comissão de Humanização e Qualidade de Serviço (18). No ano seguinte, foram atribuídas competências à Direção Geral da Saúde (DGS), em matéria de qualidade no sistema de saúde através do Decreto-lei 234/2008 (19). E em 2009, a DGS, cria o Departamento de Qualidade em Saúde através da Portaria 155/2009 de 10 fevereiro. No mesmo ano, através do Despacho 6513/2009, a DGS introduz alterações a este departamento e cria a divisão de Segurança do Doente, atribuindo-lhe competências para gerir a notificação de eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde. Aprova ainda em 2009, através do Despacho 14223/2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde que inclui nas suas estratégias a Segurança do Doente. Em consequência desta estratégia é criado um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos, de natureza não punitiva (20).

Na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde de 2009, apresentou-se como prioridades estratégicas:

- 1) Segurança do doente;
- 2) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- 3) Qualidade clínica e organizacional;
- 4) Informação transparente ao cidadão;
- 5) Gestão integrada da doença e inovação;
- 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- 7) Avaliação das reclamações e sugestões dos cidadãos.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, para além de garantir reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, tendo como cerne o doente, estão devidamente guiadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo doente. Sendo o seu objetivo potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação dos cuidados de saúde, de modo a garantir os direitos dos doentes (1).

Foram surgindo ao longo do tempo, ferramentas de avaliação da qualidade em saúde, como a acreditação, a certificação das organizações de saúde, as auditorias clínicas, a avaliação do desempenho, o *Benchmarking*, a *Clinical Governance*; e a avaliação dos resultados (21). Sendo que as mais frequentes são a acreditação, as auditorias clínicas e a avaliação de resultados.

A acreditação é um processo que permite a uma entidade não-governamental, independente e distinta, realizar a avaliação de uma organização de saúde, de modo a garantir que esta reúne todos os requisitos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (22). Em alguns países, a acreditação é um processo de avaliação interno e voluntário, como acontece em Portugal, e de carácter obrigatório como é o caso da França, Estado Unidos da América (EUA) e Austrália (21). As auditorias clínicas são igualmente processos de avaliação e melhoria da qualidade que têm por base a revisão sistemática da informação decorrente dos cuidados prestados, fazendo a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos” (21).

Atualmente, uma cultura de segurança é um fator fundamental para a subsistência de uma instituição de saúde, e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso de uma instituição saudável e segura. Instituições com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação baseada na confiança,

pela percepção comum da importância da segurança e pela efetividade das medidas preventivas necessárias (23).

A segurança na saúde vem então em primeira linha, intrinsecamente relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde. É reconhecido que uma instituição ou serviço que presta cuidados de saúde de qualidade, terá de ter elevados padrões de segurança. Os doentes e profissionais de saúde, necessitam estabelecer uma relação de confiança, exigindo dele uma transparência tanto interna como externa (2).

De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, a OMS entende por segurança do doente, reduzir ao máximo os riscos desnecessários relacionados á prestação de cuidados de saúde, com base ao que seja concretizável perante o conhecimento atual, bem como do contexto e dos recursos disponíveis, face ao risco de ausência de tratamento, ou de outro tratamento (24). A segurança do doente não é nada mais que a redução dos atos inseguros nos processos clínicos e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o doente (24).

Ao desenvolver uma cultura centrada na segurança, os líderes e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança. Deste modo possibilitam a abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, como a possibilidade da ocorrência de eventos adversos, mas também, responder de forma transparente aos desafios da complexidade relacionada com prestação de cuidados de saúde (25).

Uma organização com uma cultura de segurança positiva deverá (26):

- 1) Dar prioridade à segurança em detrimento dos objetivos financeiros ou operacionais;
- 2) Providenciar recursos adequados, de modo a manter os sistemas de segurança;
- 3) Estimular os profissionais a falar sobre os seus próprios erros, aceitando a responsabilização pela segurança;
- 4) Permitir que os profissionais tenham consciência das situações que podem conduzir a erros;
- 5) Incentivar e gratificar a identificação, comunicação e solução de acontecimentos de segurança;
- 6) Promover a aprendizagem organizacional em resultado dos incidentes.

Contudo, a prática da prestação de cuidados é cada vez mais reconhecida como um conjunto de atos de risco, quer para quem recebe os cuidados, quer para os profissionais que os prestam (2).

As preocupações dos vários intervenientes não devem recair apenas sobre os riscos associados aos cuidados de saúde, mas também aos riscos não clínicos, como assuntos

relacionados com a limpeza, manutenção, alimentação e ambiente. Sendo que os profissionais de todas as áreas de suporte da instituição devem ser reconhecidos como essenciais para o bom funcionamento de todo o processo de apoio ao doente (27).

Os hospitais são cada vez mais estruturas altamente complexas, com múltiplas atividades e altamente diferenciadas, pelo que os profissionais que trabalham nestas instituições encontram constantemente novos desafios. Essa complexidade crescente nas instituições de saúde, traz consigo um aumento da possibilidade de ocorrência de erros. A população procura nessas instituições, cuidados que promovam um estado de doença a um estado potencial de cura, e não o agravamento do seu estado, por erros cometidos por profissionais em quem confiam a sua integridade pessoal. A população procura, cada vez mais, cuidados de qualidade com o mínimo de risco possível, pelo que numa sociedade cada vez mais informada, os profissionais de saúde e os doentes, devem ter presente os seus deveres, bem como os seus direitos (26). Neste contexto, os profissionais são considerados *accountable*, ou seja, responsáveis pelas suas escolhas durante o seu exercício. Por outro lado, torna-se necessário encontrar uma fronteira que delimite os comportamentos inaceitáveis dos atos inseguros. Só depois de uma organização estabelecer uma cultura de confiança é que as notificações poderão ser uma realidade (26).

De acordo com o Guia Prático de Segurança do Doente, para criar uma cultura justa, existem ainda alguns desafios a enfrentar, como (26):

- 1) Definir de modo claro as responsabilidades e regras inerentes à implementação de um sistema de notificação no âmbito da cultura justa;
- 2) Encorajar a realização de notificações;
- 3) Formação dos todos os intervenientes;
- 4) Alterações nos processos legais;
- 5) Métodos adequados para manter a cultura de segurança;
- 6) Feedback rápido, acessível e útil a todos os envolvidos;

1.2 - Gestão de risco

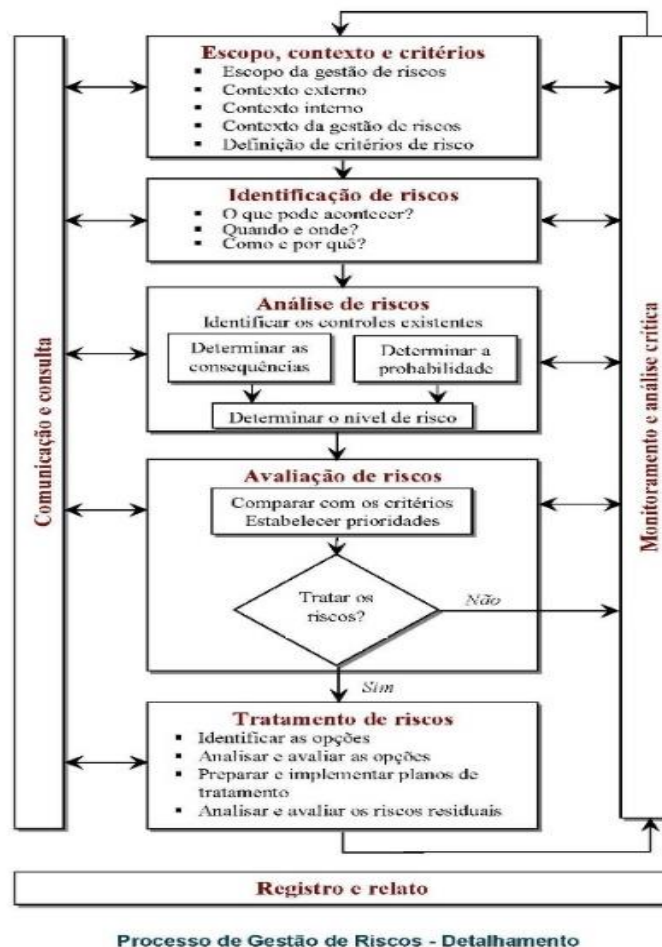
A gestão de risco é o processo de identificação, avaliação, análise e gestão de todos os riscos e incidentes numa organização, onde a um nível corporativo, se definem as prioridades e a tomada de decisão, a fim de se alcançar o equilíbrio ideal do risco, em relação ao benefício e custo do mesmo. Tem como princípios, assegurar a proteção dos profissionais e doentes; reduzir os riscos identificados como mais frequentes e mais graves; facilitar a inovação e a aprendizagem organizacional; lidar com os riscos com responsabilidade e motivar atitudes responsáveis (28).

O conceito de gestão de risco surgiu nos EUA, na década de 50, em resposta ao crescente aumento do número e complexidade dos riscos aos quais as empresas estavam expostas. (29). Em Portugal a Gestão do Risco surge no final da década de 90 com os projetos voluntários de melhoria da qualidade em saúde, orientados pelo “*Caspe Healthcare Knowledge System*”(CHKS) e *Joint Comission International*. Esta Gestão de Risco, é centrada em quatro pilares essenciais: Sistema de Registo de Incidentes (SRI); Identificação e Avaliação de Risco; Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente e Auditoria como Instrumento de Melhoria (30).

O Processo de Gestão de Risco descrito na norma ISO 31000 compreende cinco etapas que funcionam de forma interativa. Essas etapas permitem que o risco seja identificado, compreendido e tratado, se necessário, em relação a critérios de risco que são definidos pela própria organização (31). Este processo inicia-se pela definição dos objetivos da organização, e dos fatores, internos ou externos, que podem influenciar os mesmos – estabelecimento do contexto. Seguem-se três etapas que interagem de modo contínuo ao longo do processo, a comunicação e consulta, a monitorização e análise crítica e o registo e relato (31).

A comunicação e consulta é importante para entender os objetivos das partes interessadas, de modo que o seu envolvimento possa ser planeado, e as suas opiniões possam ser levadas em consideração na definição dos critérios de risco. A monitorização e análise crítica, permitem que as ações sejam adequadas e implementadas à medida que surgem novos riscos, e que estes sejam modificados como resultado de mudanças nos objetivos da organização. O registo e relato tornam real todo o processo e provam às partes interessadas que o processo está a ser encaminhado adequadamente; fornecem evidências de uma abordagem sistemática de identificação e análise de riscos; possibilitam que as decisões ou os processos de tomada de decisão sejam analisados de modo crítico; possibilitam o registo dos riscos e desenvolvem uma base de dados de conhecimento da organização; fornecem aos responsáveis pela tomada de decisão um plano de tratamento de riscos para sua aprovação e posterior implementação; oferecem um mecanismo e uma ferramenta para a prestação de contas; facilitam a monitorização e a análise crítica contínuas; indicam os caminhos para a auditoria interna e externa; e permitem compartilhar e comunicar informações sobre as etapas do processo e seus resultados (31). (Figura 1)

Figura 1 - Processo da gestão de risco (ISO 31000:2018)



No que diz respeito ao processo de avaliação de riscos, ainda segundo a ISO 31000, definem-se três etapas: a identificação, análise e avaliação de riscos. A identificação de riscos requer a aplicação sistemática de técnicas e ferramentas para entender o que pode acontecer, como, quando e porquê. A análise de riscos, preocupa-se com a compreensão de cada risco, as suas consequências e a sua probabilidade de ocorrer. Entende-se que a análise de riscos é a entrada para a avaliação de riscos, para decisões sobre se o risco necessita ser tratado e como, e sobre a estratégia e os métodos mais apropriados para o tratamento desses riscos. A avaliação de riscos envolve a comparação dos resultados da análise de mesmos com os critérios de risco estabelecidos para determinar onde é necessária a ação adicional. É feita a tomada de decisão sobre o nível de risco e a prioridade de atenção a ser dada, por meio da aplicação dos critérios de risco desenvolvidos quando o contexto foi estabelecido (31).

Por fim, o tratamento de riscos é a etapa na qual as medidas existentes são aprimoradas ou então onde novas medidas são desenvolvidas e implementadas. Envolve a avaliação e seleção de estratégias, incluindo análise de custos e benefícios e avaliação de novos riscos que eventualmente podem surgir em consequência de cada escolha de medida adotada. Existe uma grande interação entre a avaliação de riscos e o tratamento de riscos pois cada conjunto de ações é testado, até que seja encontrado o conjunto adequado que produza o maior benefício pelo menor custo (31).

É importante realçar que todas as opções que resultam do tratamento de riscos abrangem riscos que podem ter consequências negativas e/ou positivas para todos os envolvidos (31). Quando se fala de risco, o conceito de erro encontra-se diretamente relacionado. Definimos erro como o “desvio de um resultado em relação a um plano preestabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo, que por isso não se consegue” (2). A DGS em 2011, acrescenta também que estes “podem manifestar-se por prática da ação errada, ou por não conseguir praticar a ação certa” (32). O erro é, portanto, inerente à humanidade. É um fato que nunca deixará de existir, mas que se pretende que seja mantido a um nível mínimo e que cause o menor dano possível. O ser humano, com a consciencialização do seu comportamento e da sua vulnerabilidade, esforça-se para ajustar as suas ações, com o estabelecimento de estratégias, para tentar salvaguardar o seu maior bem, ou seja, a sua integridade física e mental (2).

Os erros devem ser momentos de aprendizagem e de reflexão sobre os processos de atuação da prática. Essa reflexão, só acontece se os erros forem dados a conhecer. Se isso não acontecer, o risco de se repetir é elevado e com graves consequências para a segurança do doente. Deste modo, a implementação de um sistema de notificação é considerada fundamental para um correto desenvolvimento de cultura de segurança. A DGS, refere que a comunicação de eventos é o “principal meio através do qual são identificados eventos adversos” (32).

Marx, descreveu quatro tipos de comportamentos que podem resultar em atos inseguros. Estes são conceitos importantes para a compreensão da relação entre a disciplina e a segurança do doente (33):

1) Devia ter sido feito de forma diferente? Quando todos temos consciência que um profissional devia ter procedido de determinada forma, sabendo que não o fez, dizemos que a pessoa cometeu um erro e esse erro, em regra, causou, ou podia ter causado, um resultado indesejado;

2) Devia ter consciência de um risco substancial? Quando um profissional que, não usa as competências expectáveis opta por omitir uma ação;

3) Desconsiderou conscientemente um risco óbvio e visível? Quando um profissional foi imprudente, assumiu um risco de forma consciente;

4) Conscientemente viola uma regra ou um procedimento? Quando um profissional, apesar de ter consciência do resultado, realiza a ação.

Adotando uma cultura justa, em vez de se focar no julgamento dos erros e nos seus resultados, a organização muda o seu foco para as origens dos erros, criando uma cultura aberta e de aprendizagem (26).

Muitas vezes, ao serem referidos os processos de ocorrência de erros, fala-se em eventos adversos, mas estes não implicam erros, podem causar ou simplesmente levar a transtornos do sistema. Os eventos adversos, são definidos como uma lesão causada por intervenção do prestador de cuidados e não consequência direta da doença ou condição de saúde do doente (34), e foram e continuam a ser alvo de grande atenção da comunidade científica.

Em Portugal o Programa Nacional de Acreditação em Saúde, cujo objetivo geral é generalizar a cultura de melhoria contínua da qualidade e da segurança no SNS e no Sistema Português de Saúde, conduziu as unidades de saúde a implementarem sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos. Todavia, a gestão de risco numa unidade de saúde, deve ser da responsabilidade de uma equipa que deverá estar em constante interação com diversos serviços, nomeadamente com a Comissão de Qualidade, Controlo de Infeção, Saúde Ocupacional, Gabinete de Utente, entre outros. Consequentemente, verifica-se que a responsabilidade é de todos os profissionais da instituição, pois todos têm responsabilidade na prevenção de incidentes e na promoção da segurança (30).

Desta forma, percebemos como é importante que a instituição mantenha os profissionais qualificados, através de formações constantes, e que os sensibilizem para a gestão de risco e os estimulem a ter um pensamento crítico perante as situações de sua rotina de trabalho (29).

A gestão de risco está interligada à identificação de não conformidades no âmbito dos processos de segurança, propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Porém, reconhecer estas não conformidades, assim como os eventos adversos que possam vir a ocorrer, é um desafio para todos os gestores hospitalares e toda a equipa envolvida no processo de prestação de cuidados de saúde (35).

Capítulo 2 – Sistema de notificação de Incidentes e Eventos Adversos nas instituições hospitalares

2.1 – A natureza dos Sistemas de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

Em todo o mundo, doentes sofrem danos relacionados com a prestação de serviços de saúde. São exemplos desses danos: infeções adquiridas, erros no uso de medicamentos ou na execução de procedimentos, quedas, diagnósticos equivocados ou tratamentos inadequados, úlceras de pressão, equipamentos defeituosos ou mal utilizados ou profissionais incompetentes ou pouco experientes. O grau de cada tipo de dano varia, e todos são passíveis de serem evitados. Embora que, apesar de toda a prioridade atribuída á segurança do doente nos cuidados de saúde, o impacto global destes danos não tenha sofrido redução coincidente (24).

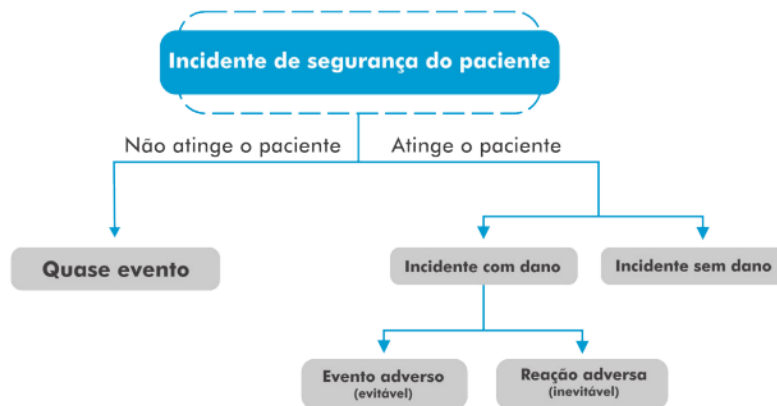
A ainda insuficiente segurança dos doentes nas instituições de saúde, traduz-se num grave problema de saúde pública a nível mundial e representa um grande peso económico perante os recursos de saúde limitados dos países. Em consequência, quer a OMS quer a União Europeia, consideram a Segurança dos Doentes como uma das prioridades políticas de saúde e procedem a orientações e recomendações aos estados-membros de modo a conduzir estes na melhoria da segurança nos cuidados de saúde (36).

A segurança dos doentes, como já referimos, vem em primeira linha, e pode verificar-se que, para atingir elevados níveis de qualidade em cuidados de saúde, inúmeros fatores devem ser tidos em conta. De modo a se obterem resultados que se possam apresentar a todos os intervenientes, são necessárias estratégias de recolha de dados que possam permitir analisar os mesmos, e posteriormente tirar conclusões (36).

Os incidentes de segurança do doente podem ser definidos em três tipos, segundo a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (24) (Figura 2):

- 1) Quase evento;
- 2) Incidente sem dano;
- 3) Incidente com dano.

Figura 2 - Tipos de incidentes de segurança do doente (WHO, 2020)



O quase evento traduz-se num incidente que não atingiu o doente, ou seja, existiu um erro, mas foi identificado antes de ser aplicado. O incidente sem dano, é um incidente que atingiu o doente, mas não resultou em dano perceptível, já o incidente com dano, é um incidente que resulta no dano do doente (24).

Os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos constituem uma ferramenta essencial na gestão do risco das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A DGS, refere que estes sistemas são o “principal meio através do qual são identificados eventos adversos” com o objetivo de “melhorar a prestação de cuidados ao doente, identificar e corrigir falhas nos sistemas, prevenir eventos recorrentes, ajudar a alimentar uma base de dados para gestão dos riscos e melhoria da qualidade, apoiar na construção de um ambiente seguro para a prestação de cuidados ao doente” (32).

Assumem-se dois sistemas de notificação de acordo com o seu objetivo. O primeiro refere-se aos sistemas essencialmente de comunicação de erros, que permitem melhorar a cultura de segurança, uma vez que são analisados por entidades com capacidade de investigar a ocorrência, e de assegurar a análise do erro e a tomada de medidas corretivas, como por exemplo, as Comissões de Controlo de Infecção nas instituições hospitalares. O outro tipo de sistemas são os sistemas voluntários de comunicação de erros, que procuram analisar os erros que geralmente não causaram dano significativo ao doente, bem como identificar e resolver as fragilidades da instituição para que sejam implementadas medidas de prevenção (34). Estes sistemas encontram-se disponíveis em quase todos os países, e alguns utilizam um sistema combinado onde associam os dois tipos (2). No entanto, são reconhecidas algumas vantagens na utilização separada dos mesmos, como sendo a sua melhor adaptação

ao fim a que se destina. Mas a pressão cada vez maior, quer para a instituição quer para os profissionais, conduz estes a recuarem na comunicação dos erros pelo sistema próprio. Esta comunicação pode ser efetuada de forma identificada ou anónima, sendo que esta última poderá ser um elemento facilitador para que, cada vez mais, se notifique a ocorrência de erros (2).

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente publicou o “*WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*” onde definiram a finalidade e a função da notificação de incidentes; descreveram os componentes dos sistemas em uso; avaliaram fontes alternativas de informação para a segurança do doente; deram exemplos de sistemas de notificação nacionais existentes; especificaram os requisitos para um sistema nacional de notificação e aprendizagem de eventos adversos; enumeraram as características dos sistemas de notificação ideais, sem punição, seguros, e com feedback aos envolvidos.(24, 37).

Logo após a publicação deste documento, foi realizado um trabalho para desenvolver uma Classificação Internacional de Segurança do Doente, por um grupo de elementos internacionais que envolveu extensas consultas e revisões por peritos nas áreas de segurança, engenharia de sistemas, políticas de saúde, medicina e direito, tendo resultado no estabelecimento de uma estrutura conceitual de dez classes de alto nível (24):

1. Deteção dos incidentes;
2. Tipo de incidente;
3. Características do incidente;
4. Características do doente;
5. Consequências para o doente;
6. Fatores influenciadores/riscos;
7. Ações de redução do risco.;
8. Fatores atenuantes;
9. Medidas de melhoria;
10. Consequências organizacionais.

Esta estrutura visa fornecer a compreensão global da segurança do doente que engloba um ciclo continuo de melhoria e aprendizagem, com base na prevenção, identificação e redução dos riscos, bem como na recuperação de incidentes e resiliência do sistema (25).

A OMS em 2011, iniciou um projeto para abordar a falta de consenso internacional e a escassez de padrões para a recolha de dados sobre incidentes de segurança do doente, procurando ajudar a estabelecer sistemas de notificação simples, padronizados e integrados em sistemas de tecnologia da informação. Foi realizado o “*Minimal Information Model for*

Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems (MIM SP), onde de modo individual e de grupo se trabalhou para comparar experiências, e testar a viabilidade de chegar a um acordo sobre a natureza e relevância dos dados adquiridos destas notificações (9, 24).

Segundo o mais recente relatório da OMS sobre os Sistemas de Notificação de Incidentes de Segurança do Doente, os sistemas de notificação devem cumprir uma ou mais das cinco funções principais seguintes (24):

- 1) Barômetro de risco na área de saúde;
- 2) Responsabilização pública;
- 3) Manutenção das comunicações;
- 4) Resposta aos doentes e familiares envolvidos;
- 5) Base para aprendizagem e melhoria.

Mesmo assim, algumas destas funções podem não ser compatíveis entre si. Como por exemplo, o uso de sistemas primariamente para fins de responsabilização, pode impedir o seu uso no processo de melhoria e aprendizagem, pois podem criar um ambiente de medo dentro da equipa, o que pode diminuir a predisposição dos profissionais para realizar notificações (24).

A aplicação de um sistema completo de notificação de incidentes, requer infraestrutura de tecnologia de informação; recursos financeiros; técnicos informáticos qualificados, peritos na área da qualidade; políticas de confidencialidade e segurança de dados; protocolos de gestão clínica; regras e padrões de notificação; feedback das ações perante as notificações realizadas, e partilha das informações obtidas (24). (Figura 3)

Figura 3 - Processo de notificação de incidentes e eventos adversos ((WHO, 2021)



No entanto, nenhum sistema de notificação de incidentes é perfeito. Estes devem essencialmente tornar os riscos visíveis e evitar os danos decorrentes destes riscos. Portanto, as notificações devem dar uma contribuição importante para detetar os riscos que os cuidados de saúde podem representar para os doentes, e também para os profissionais de saúde. A OMS indica cinco processos de suporte para que tal seja possível (24):

- 1) Priorização da identificação de riscos;
- 2) Maneiras robustas de identificar riscos novos ou já existentes;
- 3) Meios efetivos de comunicação de riscos graves às hierarquias superiores;
- 4) Métodos de investigação das fontes de risco;
- 5) Monitorização de modo sistemático e contínuo dos riscos já identificados.

Da mesma forma, a OMS afirma que as notificações também devem comunicar as ações tomadas face aos riscos identificados e direcionar a melhoria na segurança, através da (24):

- 1) Comunicação dos riscos identificados às equipas envolvidas;
- 2) Definição de uma agenda de segurança;
- 3) Responsabilização dos profissionais na resolução dos riscos;
- 4) Aplicação de um sistema de notificação com o envolvimento das equipas na análise de risco bem como nos processos de melhoria;
- 5) Produção de informações práticas e exequíveis.

No que diz respeito a este último ponto, as informações contidas nas notificações, podem ser usadas para (24):

- 1) Aplicar ações preventivas na redução dos incidentes identificados;
- 2) Partilhar informações que possam levar à prevenção de uma ocorrência semelhante noutra local do sistema de saúde;
- 3) Produzir maior quantidade de dados para a máxima compreensão possível dos problemas no sistema que conduziram ao dano;
- 4) Para formação e aprendizagem;
- 5) Para investigação e desenvolvimento na melhoria;
- 6) Para elaboração de relatórios públicos e de responsabilização;
- 7) Para partilha e divulgação transparente com os doentes e familiares.

Três características determinam até que ponto a investigação de um incidente resulta na redução da probabilidade de recorrência do mesmo, como sendo, o grau de aprofundamento da investigação; o grau do foco da investigação e o grau da robustez das ações corretivas na redução real e sustentável do risco de uma recorrência (24).

Nos hospitais, os sistemas mais utilizados para a vigilância de incidentes são a notificação voluntária, monitorização intensiva e a vigilância baseada em sistemas de informação hospitalar. A notificação voluntária é um tipo de vigilância passiva, a monitorização intensiva uma vigilância ativa e a vigilância através de informação hospitalar é uma ferramenta que pode ser considerada tanto para a vigilância passiva como para a ativa. A notificação voluntária é a mais utilizada, devido ao seu menor custo e simplicidade (38).

Neste sentido, evidenciam que a notificação de incidentes deve ser rápida, permitindo uma atuação eficaz, sendo que o desenvolvimento de um sistema eletrónico de notificação é identificado como o mais válido, pois poderá permitir agilidade ao processo de comunicação e à construção de um banco de dados (39). Podem usar-se diversos meios para encaminhar estas notificações, formulários impressos, via telefone, via fax, via intranet ou via internet. No entanto é fundamental que o instrumento de notificação seja de fácil preenchimento, contenha informações claras e espaço para que seja descrito o incidente e as observações, permitindo a possibilidade do livre preenchimento (38). Sendo que habitualmente, nas instituições os incidentes e eventos adversos notificados são do conhecimento do Gabinete de Gestão de Risco e Segurança do Doente, que tem como responsável o Gestor de Risco da unidade hospitalar, dos Diretores Clínicos e de Departamento, assim como dos Enfermeiros Chefes do serviço onde este aconteceu (15).

2.2 - Sistemas de notificação em Portugal

Relativamente aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, em Portugal, são conhecidos alguns sistemas de notificação, onde se destacam: o Sistema de Fármaco vigilância, o Sistema Nacional de Vigilância de Dispositivos Médicos, da competência do Instituto Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde e o Sistema Nacional de Hemo-vigilância da responsabilidade do Instituto Português do Sangue (15).

Ao nível das instituições de saúde hospitalares encontram-se implementados sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, onde inicialmente eram efetuados em suporte de papel, o que ainda se pode verificar em algumas unidades hospitalares mais antigas, contudo, a evolução dos sistemas de informação veio permitir a possibilidade de efetuar a notificação dos eventos adversos em sistemas de notificação eletrónicos (15).

A necessidade da prática sistemática da identificação de incidentes e de eventos adversos, conduziu à implementação, pela DGS, de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

e de Eventos Adversos (SNNIEA), como estratégia prioritária, do sistema de saúde, para aumentar a segurança dos doentes. Neste sentido, o SNNIEA é um sistema estruturado de acordo com as recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia e é disponibilizado de modo gratuito pelo Ministério da Saúde, abrangendo todos os níveis e áreas da prestação de cuidados de saúde. Este foi elaborado no sentido do uso sistemático, baseado em notificações anónimas e confidenciais, permitindo alertar os serviços para a necessidade de corrigir as causas dos incidentes e de eventos adversos reportados e evitar a sua repetição. Ao longo do processo de comunicação de um incidente ou evento adverso o notificador responde a questões que permitem recolher a informação necessária para análise posterior, mantendo sempre o anonimato do doente e dos profissionais envolvidos. Com isto procurou-se estimular a melhoria do sistema e prevenir a repetição das condições que conduziram ao incidente ou evento adverso. A DGS define o SNNIEA como um instrumento de melhoria contínua da Qualidade e Segurança do Doente que, ao ser implementado, promove uma Cultura de Segurança do Doente em todos os prestadores de cuidados de saúde (40). A nível nacional, este sistema encontra-se disponível no site da DGS – NOTIFICA. O NOTIFICA é uma plataforma que realiza a gestão dos incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, que procura estimular a aprendizagem com a experiência partilhada, de forma a possibilitar a implementação de medidas preventivas, sendo esta notificação anónima e não punitiva. Nesta plataforma, o doente ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes (41):

- 1) Relacionado diretamente com a prestação de cuidados de saúde;
- 2) Relacionado com situações de violência entre os profissionais no local de trabalho;
- 3) Relacionado com o manuseamento de dispositivos médicos corto-perfurantes.

Este tipo de registo a nível nacional e não apenas a nível interno das diversas instituições de saúde, assume um papel muito importante, pois, se um evento e a análise dos resultados, não forem reportados a uma entidade externa, as experiências aprendidas permanecem no interior da unidade saúde onde ocorreram. Eliminando a oportunidade de partilhar o problema e de desenvolver uma solução mais eficiente e generalizada. Em contraste, se o evento é reportado e os resultados da investigação são registados numa base de dados, o evento pode ser agregado com incidentes semelhantes e daí surgir uma variedade de soluções para o problema (15).

O HFF, instituição onde foi realizado o presente estudo, é um hospital reacreditado pelo CHKS, um dos organismos internacionais de maior prestígio na área da Qualidade em Saúde. Assume que os seus processos e padrões de prestação de cuidados de saúde estão de acordo com as melhores práticas internacionais. Isto significa que os seus processos e

normas cumprem as melhores práticas, legislação e requisitos reconhecidos internacionalmente. A acreditação pelo CHKS fornece uma estrutura baseada em padrões para garantia e melhoria da qualidade. E afirma que participar no processo de acreditação dá a uma organização a resiliência e vigilância necessárias para fornecer serviços de saúde de alta qualidade. Para além da obtenção da Acreditação e Certificação de 12 serviços, foram ainda atribuídos três Louvores, ao Serviço de Anatomia Patológica, ao Departamento de Saúde Mental e ao novo modelo de Avaliação da Satisfação dos Doentes. Esta acreditação é válida até ao final do presente ano, desde que as auditorias anuais de acompanhamento comprovem que o HFF mantém as práticas de acordo com as normas internacionais do referido programa de acreditação e certificação (42).

O sistema de notificação de incidentes e eventos adversos implementado nesta instituição hospitalar, utiliza um software “Her+” da RISI, *Health Event&Risk Management*, que tem como objetivo “desenvolver e implementar uma cultura de segurança do doente, com recurso a uma abordagem sistémica. Implementa um sistema de notificações para identificação de riscos com o objetivo de diminuir ou eliminar as causas chave, assim como a ocorrência de eventos adversos que possam desenvolver problemáticas para a instituição hospitalar (43). Na sua descrição assume que tem benefícios como:

- 1) Melhoria contínua através da avaliação efetuada aos incidentes registados, ações implementadas e respetiva avaliação dos riscos;
- 2) Centralização e acompanhamento de dos incidentes, através da identificação de riscos e planeamento de ações para atenuação das causas origem;
- 3) Redução dos custos e melhoria de credibilidade, pela diminuição de incidentes;
- 4) Indicadores em tempo real que permitem medir e melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- 5) Fácil utilização e flexibilidade, por ser um plataforma web de acesso aos utilizadores sem necessidade de efetuar qualquer tipo de instalação ou requisitos adicionais.

Esta plataforma de sistema de notificação caracteriza-se pela adoção das taxonomias da OMS na área da segurança do doente; personalização de formulários de registo em função da realidade da instituição; configuração de políticas de confidencialidade e anonimato de acordo com o definido pela instituição; definição dos intervenientes na análise das notificações; *Workflow* de gestão de incidentes, sistema de notificações automático e acompanhamento da análise dos incidentes; análise de causa raiz; resposta ao risco e definição das respetivas ações de corretivas, e avaliação da sua eficácia; painel de bordo que permite consultar o tipo e número de incidentes mensais ou trimestrais; integração com sistemas de recursos

humanos; avaliação do risco de úlcera por pressão, e avaliação do risco de queda do doente (43).

2.2 - Efetividade dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos

O otimismo que alimentou a implementação dos sistemas de notificação no centro dos programas de segurança do doente, a nível mundial, foi substituído pelo ceticismo de que a notificação não é um mecanismo autónomo que contribui para a redução de riscos e melhoria do processo contínuo da segurança do doente. Este registo precisa fazer parte de uma cultura geral de curiosidade e compreensão sobre as causas dos incidentes, da determinação em dar a conhecer aos doentes os riscos a que estão expostos, associadas a uma boa compreensão das regras e dos processos de investigação e métodos eficazes para implementar mudanças com base nessa experiência.(24). O que se traduz na parte mais difícil de todas deste processo, a efetividade dos sistemas de notificação.

Estes sistemas de notificação, têm avaliações através de relatórios, a mais recente em 2015, evidenciando que (24):

- 1) A maioria dos países participantes tem um sistema de notificação padronizado e consolidado a nível nacional;
- 2) Sete de dez países estavam em total conformidade com as categorias de informações do MIM SP;
- 3) A maioria dos sistemas de notificação incluía informações estruturadas e texto livre;
- 4) A utilidade do componente de aprendizagem dos sistemas de notificação era muito limitada;
- 5) As informações dos sistemas de notificação de incidentes eram utilizadas para estabelecer prioridades de segurança do doente e promover práticas de segurança do doente a nível nacional.

As conclusões finais da consulta dos especialistas internacionais em 2015 foram que (24):

- 1) Existe uma necessidade urgente em definir uma abordagem comum para notificação e aprendizagem;
- 2) O MIM SP validado pode servir como estrutura básica para partilha de informações entre os países europeus e outros países.

Em 2016 numa nova reunião entre especialistas, a OMS reuniu funcionários de ministérios da saúde e especialistas em saúde dos diversos países membros, tendo sido evidenciados os seguintes pontos (24):

- 1) Persistência da subnotificação de incidentes;
- 2) Falta de liderança consistente em aspetos relacionados com a segurança do doente a nível nacional, o que se traduz num reduzido valor atribuído às notificações;
- 3) As notificações aumentam a carga de trabalho dos profissionais, pois requerem tempo por parte destes;
- 4) Existe ainda a necessidade de maior apoio de tecnologia de informação;
- 5) No caso de alteração de cargos, raramente há seguimento dos projetos anteriores;
- 6) Muitos ministérios da saúde têm jurisdição apenas sobre notificações de estabelecimentos do setor público, e não dos do setor privado de saúde;
- 7) Existem poucas plataformas de partilha de informações dentro dos países e entre eles;
- 8) Exemplos de melhoria bem-sucedida na segurança do doente, que sejam decorrentes da análise de dados provenientes das notificações, são muito escassos.

Durante toda a pesquisa bibliográfica, foi possível identificar que o problema da efetividade dos sistemas de notificação sempre esteve presente e continua presente de acordo com o que já tens sido referido até aqui. Sendo que achei importante chamar a atenção para uma das declarações encontradas, *no Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*: durante esta pesquisa, que apesar de ter sido relatada no ano de 1998, demonstra a realidade de muitas situações do nosso presente e reflete a falha, frequentemente descrita na efetividade dos sistemas de notificação. Esta declaração foi a resposta de um chefe do Escritório de pesquisa de Segurança da Aviação da NASA (National Aeronautics and Space Administration), o Dr. Charles E. Billings, criador do Air Safety Reporting System (ASRS, Sistema de Notificação de Segurança Aérea), quando lhe fizeram a seguinte pergunta: “O fato de os pilotos estarem a correr risco pessoal ao voar tem algo a ver com o sucesso do sistema ASRS? É por isso que o senhor pensa que esse sistema pode funcionar muito melhor na aviação do que na medicina?”, e a sua resposta foi:

“

Não há dúvida sobre a motivação da comunidade de pilotos em geral no que diz respeito às questões de segurança. Os relatórios não são uma confirmação relutante ou formulários pro forma, mas descrições bastante ricas e humanas de eventos preocupantes e frequentemente assustadores. Acredito que a notificação nesse sistema é motivada não pelo senso de risco pessoal atribuído ao ato de voar, mas sim por dois fatores principais: (1) o interesse sincero em melhorar a segurança, identificando perigos e (2) a crença sincera de que o sistema em que estão inserindo notificações usa essas informações de forma produtiva e deliberada para melhorar a segurança em vez de simplesmente ser um meio de contagem de falhas.

”

Dr Charles E. Billings

(WHO, 2021)

Apesar da implementação generalizada de relatórios dos sistemas de notificação de incidentes, não é claro se a comunicação desta resulta em melhorias na segurança dos doentes. As críticas a estes sistemas de notificação, sugerem que o seu papel na gestão da segurança foi enfatizado, e apela a que seja dado menor ênfase à contagem de incidentes e maior ênfase à análise eficaz dos incidentes e aprendizagem organizacional (8).

A maioria dos estudos dos sistemas de notificação de incidentes tem-se centrado em fatores associados à comunicação e análise de incidentes, tais como a vontade dos profissionais de comunicar incidentes; às barreiras à comunicação de incidentes; à cultura em torno da comunicação dos mesmos classificando e monitorizando o número de incidentes relatados, taxonomias para eventos de segurança dos doentes e a conceção de sistemas de notificação de incidentes. Poucos estudos exploram a eficácia das notificações dos incidentes sobre a melhoria da segurança, e há poucas provas sobre a sua efetividade, a forma como a comunicação de incidentes contribui para a melhoria do processo de qualidade e segurança dos serviços prestados (8).

O propósito de efetuar a notificação de incidentes e eventos adversos é aprender com a experiência. É importante notar, que o relatório da notificação em si não melhora a segurança, é a resposta aos relatórios que leva à mudança. Reportar um evento sério ou um potencial evento adverso grave, deve desencadear uma investigação profunda de modo a identificar falhas do sistema subjacente e levar a esforços para redesenhar o sistema para prevenir a sua recorrência. O ponto mais importante é, que o sistema deve produzir uma resposta visível e útil para justificar os recursos despendidos e estimular os profissionais e unidades de saúde a reportar. O sistema de resposta é mais importante que o sistema de relato (44)

Capítulo 3 – Metodologia do estudo

Ao longo da história humana sempre existiu a preocupação por conhecer e compreender o mundo que nos rodeia. A vontade de investigar as condições que contribuíam para que determinados fenómenos acontecessem sempre esteve presente e a investigação científica e a Ciência resultam dessa vontade. Na investigação científica, para que tal seja possível, tem de se questionar, fazer perguntas, como “Qual é o meu problema?”; “Que devo fazer?”; “O que devo procurar?”; “Como devo procurar?”; “Devo fazê-lo para quê? E porquê?”; “Que mudança vou ter?”. É em torno de todas estas questões que se decide a metodologia da nossa investigação, métodos e técnicas, de modo a produzir informação continua desde a interrogação inicial, até a apresentação pública dos resultados da investigação (45).

3.1 – Objetivos

3.1.1 - Objetivo geral

Neste estudo temos como objetivo geral: Analisar a efetividade dos sistemas de notificação na gestão do risco e segurança do utente, segundo a perspetiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF).

3.1.2 - Objetivos específicos

No que diz respeito aos objetivos específicos, estes centraram-se em: Apurar a frequência dos registos de notificações; Identificar a natureza da realização do registo de notificações; Avaliar a opinião dos profissionais acerca do sistema de registo de notificações existente; Nomear as barreiras à realização dos registos de notificações identificadas pelos profissionais; Apurar a importância atribuída pelos profissionais às notificações como uma ferramenta de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes.

3.2 - Tipo de estudo

O presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa onde se destaca a regularidade dos fatos e a objetividade da recolha e posterior análise dos dados (46). Utilizaram-se medidas previamente estabelecidas, que permitiram a quantificação dos resultados e garantiram

conclusões seguras e confiáveis (47). É um estudo de carácter descritivo, uma vez que se pretende descrever com exatidão os fatos e fenómenos de uma realidade (47) bem como determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno na população alvo (46). Sendo também exploratório, uma vez que permitiu aumentar a experiência em torno da temática desenvolvida e serviu para levantar possíveis problemas de pesquisa futura na área da efetividade dos sistemas de notificações em meio hospitalar (47).

3.3 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados do presente estudo traduziu-se na aplicação de um questionário (Anexo 1), um instrumento composto por um número de questões que foram aplicadas às pessoas envolvidas na investigação (47). Neste estudo, o questionário foi autoaplicado, de modo a englobar o maior número de profissionais; garantir o anonimato dos participantes pela distância do pesquisador ao pesquisado, e permitir que os questionários fossem respondidos no momento mais conveniente para o participante (47).

O questionário utilizado neste estudo, foi testado e validado pela Dra. Paula Bruno no sua obra intitulada, “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal” em 2010, uma obra muito interessantes para quem trabalha na área do risco clínico e se interessa pelas questões da segurança do doente. (11). Este contém questões relacionadas com o comportamento dos profissionais face ao registo de notificações. O uso deste questionário (Anexo 2) foi feito de modo parcial e adequado ao tema da tese, com a devida autorização da autora (Anexo 3) pelo que não foi realizado pré-teste do mesmo.

Todas as questões que integram o questionário foram aplicadas e elaboradas tendo em conta os objetivos delineados no início desta investigação (Tabela 2), e devidamente sustentadas em pesquisa científica (Tabela 3).

Tabela 2 - Correspondência dos objetivos pelas questões aplicadas

Objetivo específico	Questão colocada
- Apurar a frequência dos registos de notificações;	- No seu hospital está implementado um sistema de registo de notificações? - Nos últimos 12meses quantos registos de notificações realizou?
- Identificar a natureza dos registos de notificações;	- Em que situações usa o registo de notificações? (com várias hipóteses de resposta)

- Avaliar a opinião dos profissionais acerca do sistema de registo de notificações existente	- Concorda com o sistema do hospital? - O registo de notificações é acessível? - Quando realiza um registo neste sistema, recebe feedback da análise e resolução da ocorrência identificada?
- Nomear que barreiras são identificadas à realização destes registos por parte dos profissionais;	- Não uso o sistema de registo de notificação, porque...? (com várias hipóteses de resposta) - Acha este sistema de registo seguro? - Quando realiza este registo, fá-lo com a sua identificação ou anonimo? Se em anonimo, porquê? (com várias hipóteses de resposta)
- Apurar a importância atribuída pelos profissionais às notificações como uma ferramenta de melhoria continua na qualidade dos cuidados prestados aos utentes;	- O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? - Concorda com a criação de um sistema a nível nacional de registo e notificação com o objetivo de identificar, analisar, aprender e implementar estratégias para reduzir ou eliminar potenciais riscos para os doentes? Obrigatório ou voluntário? - Qual o grau de segurança que atribui aos doentes do seu serviço?

Tabela 3 - Justificação das questões adicionadas ao questionário original

Questão do questionário	Equivalência questionário da Dra. Paula Bruno (11)	Justificação	Fonte
1.1 - Categoria Profissional	1	No questionário da Dra. Paula Bruno, consta apenas Médico e	

		Enfermeiro, como a população deste estudo abrange todos os profissionais do hospital, foram adicionadas todas as categorias.	
1.2 - Idade	2		
1.3 - Género	3		
2.1 - O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação?	4		
2.2 - No seu hospital está implementado um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências?	5		
2.3 - Concorda com o sistema de registo de notificações do seu hospital?	6		
2.4 - O registo de notificações é acessível?	-	Estas questões surgem com a necessidade de identificar se na perspetiva dos profissionais o sistema de registo é acessível e seguro	(4)
2.5 - Acha este sistema de registo seguro?	-		
2.6 - Quando realiza um registo neste sistema, recebe feedback da análise e resolução da ocorrência identificada?	-	Estas questões procuram perceber se se verifica efetividade do sistema de registos na perspetiva dos profissionais.	(7)
2.6.1 - Se respondeu, sim a questão 2.6, qual o	-		

meio de receção desse feedback?			
3.1 - Quando faz um registo de notificação é na maioria relacionado com:	-	Esta questão visa a enaltecer o motivo pessoal ou coletivo em realizar o registo	(4) (7)
3.2 - Quando faz um registo de notificação é por:			
3.3 - Nos últimos 12 meses quantos registos de notificações realizou? *	8		
3.4 - Em que situações usa o registo de notificações?	9	Nesta questão adaptei a pergunta, pois no sistema de registos do hospital temos de fazer a descrição.	
3.5 - Quais os motivos que o levam a não fazer o registo de notificação:	10		
3.6 - Quando realiza este registo, fá-lo com a sua identificação?	-	Estas questões visam a identificar se o notificador prefere manter anonimato e se sim qual o motivo.	(4) (7)
3.6.1 - Se respondeu, "não" ou "às vezes" à questão 3.4, justifique:	-		
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço?	15		
4.2 - Como qualifica a importância do sistema de registo de	-	Questão para apurar a perceção dos profissionais em relação á importância	(8) (9)

notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes?		do registo de incidentes e o processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados	
4.3 - Concorda com a criação de um sistema a nível internacional de registo e notificação com o objetivo de identificar, analisar, aprender e implementar estratégias para reduzir ou eliminar potenciais riscos para os utentes?	12	Substitui nacional por internacional, devido à importância dessa tradução, e também tendo em conta que já existe o NOTIFICA.	
4.4 - Na sua opinião qualquer registo de notificação deveria ser anónimo?	13		

Este instrumento foi distribuído eletronicamente na instituição em estudo, como acordado com os recursos humanos da instituição e com o consentimento dos profissionais respondentes. Este foi enviado pelo departamento responsável pela investigação clínica do HFF, para o email institucional de todos os profissionais do hospital, no dia 12 de janeiro de 2022, e foi suspensa a possibilidade de mais respostas ao mesmo no dia 5 de março de 2022.

3.4 Variáveis do estudo

Variável no contexto de uma investigação define-se como, qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores (46).

Considerámos as variáveis como dependentes e independentes, de acordo com os objetivos inicialmente delineados. Assume-se uma variável dependente, a que pretendemos compreender, explicar ou prever durante o estudo (46). Sendo esta a que depende dos procedimentos da investigação. Deste modo a variável dependente é: a perspetiva dos profissionais de saúde na efetividade do sistema de notificações na gestão do risco e na segurança do doente. A variável independente, como o nome indica, é uma variável autónoma

aos procedimentos da investigação, contudo constitui um fator influenciador da variável dependente (46). Neste estudo assumimos como variáveis independentes: a idade e a categoria profissional.

3.5 Local de estudo, população e amostra

O local de estudo é a instituição hospitalar, HFF, um hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde, localizado no concelho da Amadora, inaugurado no ano de 1995. Presta cuidados à população de uma área com elevada diversidade geodemografia e social, e com níveis também elevados de crescimento populacional. Este hospital revela importância no presente estudo pela sua dimensão, e conseqüente elevado número e diversidade de profissionais, e pela sua tarefa árdua diária de conseguir dar resposta aos cuidados de que a população alvo necessita.

O questionário foi enviado a todos os profissionais do HFF, incluindo profissionais de categorias clínicas (Diretor de serviço; Chefe de serviço clínico; Responsável de serviço clínico; Médico; Enfermeiro; Farmacêutico; Técnico superior de saúde e Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica) e a profissionais de categorias não clínicas (Assistência Técnica; Informáticos; Administrativos; Auxiliar de Ação Médica; Auxiliar de Alimentação). Todas as categorias profissionais foram contempladas, pois o sistema de notificações é um sistema que deve estar disponível a todos os profissionais da instituição, sem exceção, uma vez que todos podem com os seus registos contribuir para a o processo de melhoria.

A amostra é constituída pelo número de profissionais da instituição que consentiram responder ao questionário.

A técnica de amostragem determinada para este estudo é probabilística aleatória simples, uma vez que todos os elementos da população alvo têm a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra (48).

3.6 Análise estatística

A estatística é uma ciência que recolhe, organiza e analisa informação de modo a inferir esta de um conjunto limitado para o todo. Conseqüentemente permite prever a evolução futura de um determinado fenómeno (49). Após a recolha dos dados, uma vez que o presente estudo apresenta uma abordagem quantitativa e de carácter descritivo e exploratório, estes foram analisados e representados sob a forma de gráficos e tabelas, procurando identificar, com o destaque necessário, os aspetos ou padrões de maior interesse. Esta análise e representação teve em conta todas as variáveis em estudo, com recurso a técnicas de análise estatística descritiva e inferencial, com o *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Science*

(SPSS), versão 26. A amostra que representa os inquiridos neste estudo, não apresenta uma distribuição normal (Anexo 4), pelo que recorremos a testes não paramétricos. Considerámos o valor de $\alpha = 0.05$ para um intervalo de confiança de 95%. Durante a análise estatística foi feita a exclusão de grupos etários ou categorias profissionais, sempre que necessário, por não terem significância estatística, devido ao número de participante das mesmas.

3.7 Questões Éticas

O presente estudo garantiu o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, de modo a não violar quaisquer direitos dos indivíduos envolvidos, pelo que não houve riscos ou benefícios para os profissionais participantes. Os dados têm somente fins estatísticos e académicos, sem qualquer interesse comercial. A recolha de informação dos questionários respondidos foi feita de forma anónima e após consentimento dos profissionais do HFF.

Os dados serão guardados pela equipa de investigação durante 3 anos, período em que acreditamos poder ser benéfico o acesso aos mesmos, para o aprofundamento de alguma investigação associada à que será realizada neste estudo. Caso haja essa necessidade, será remetida à Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa.

Mais afirmo que como profissional do local onde foi realizado o estudo apresentado, desde início me comprometi a não influenciar os dados obtidos nos questionários, tendo sido do meu interesse não o fazer, de modo a obter resultados fidedignos e o mais próximo da realidade presente na instituição, como confirmado na declaração de conflito de interesses (Anexo 5). Deste modo, os intervenientes na investigação declaram que não existiram ou existem qualquer conflito de interesses inerente ao mesmo.

Capítulo 4 – Apresentação e discussão dos resultados

4.1 – Apresentação de resultados

Os resultados obtidos através das respostas ao questionário (Anexo 1) aplicado neste estudo, serão apresentados através de tabelas e gráficos, de forma a organizar e sistematizar toda a informação.

Foram inquiridos 106 profissionais do HFF de uma população de 3280 elementos (Anexo 6) de várias categorias profissionais. A percentagem de profissionais inquiridos por categoria apresenta-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Categorias profissionais inquiridas

n, número de participantes; %, percentagem

	n	%
Categoria Profissional		
Administração Hospitalar	0	0,0%
Diretor de Serviço	1	0,9%
Chefe de Serviço	5	4,7%
Responsável de Serviço	2	1,9%
Médico	11	10,4%
Enfermeiro	51	48,1%
Farmacêutico	0	0,0%
Técnico Superior de Saúde	3	2,8%
Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	12	11,3%
Assistência Técnica	0	0,0%
Informáticos	0	0,0%
Administrativos	11	10,4%
Auxiliares de Ação Médica	9	8,5%
Auxiliares da Alimentação	1	0,9%
Total	106	100,0%

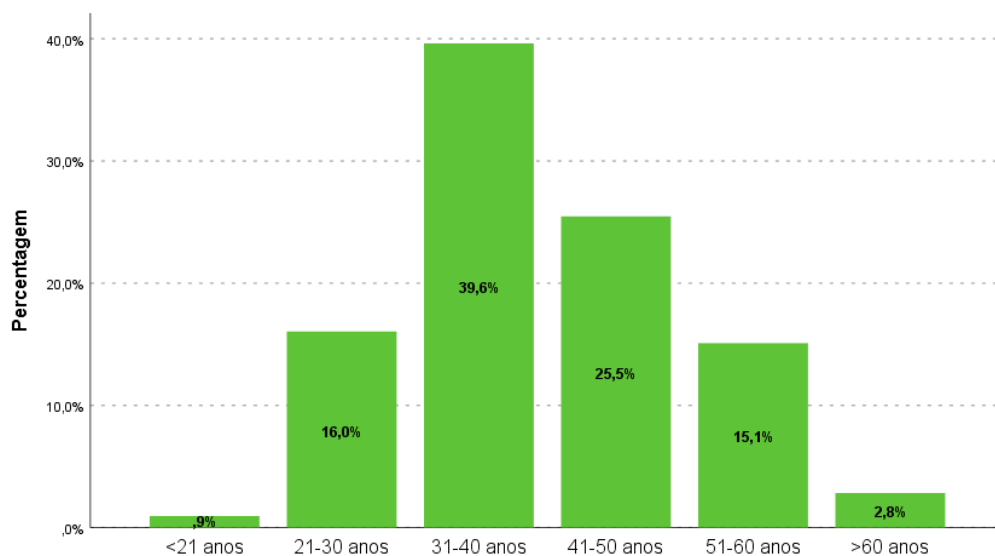
Segundo os dados obtidos, verifica-se que a classe mais representada nesta investigação foi a de Enfermagem (48% dos inquiridos), seguindo-se a dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, classe Médica, e a dos Administrativos.

De realçar que existiram classes profissionais que não participaram no estudo, nomeadamente elementos da Administração Hospitalar, Farmacêuticos e profissionais relacionados com a Assistência Técnica e Informática.

Por motivos éticos, e de forma a não ser possível identificar os participantes da investigação, não foi feita uma caracterização da amostra por sexo. Tal poderia acontecer, uma vez que algumas categorias profissionais inquiridas eram compostas por apenas um elemento, o que poderia possibilitar a identificação dos mesmos.

Relativamente à idade dos participantes, pode verificar-se no Gráfico 1, que a amostra é na sua maioria constituída por pessoas com mais de 30 e menos que 40 anos de idade, correspondendo a 39,6% dos participantes. Os grupos menos representados apresentam idades inferiores a 21 anos ou superior a 60, representando 0,9% e 3,8% dos inquiridos, respetivamente.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por anos de idade



Quando questionado aos participantes se tinham conhecimento se o hospital onde trabalham, participa em programas de acreditação, verifica-se que a maioria dos profissionais tem real conhecimento que existe esta participação (96,2%).

Relativamente ao conhecimento da existência de um sistema notificações de incidentes e eventos adversos no hospital, também se pode concluir que a maioria dos profissionais, também tem o conhecimento correto da existência deste sistema, sendo que só 1,9% da amostra diz não ter conhecimento. (Tabela 5)

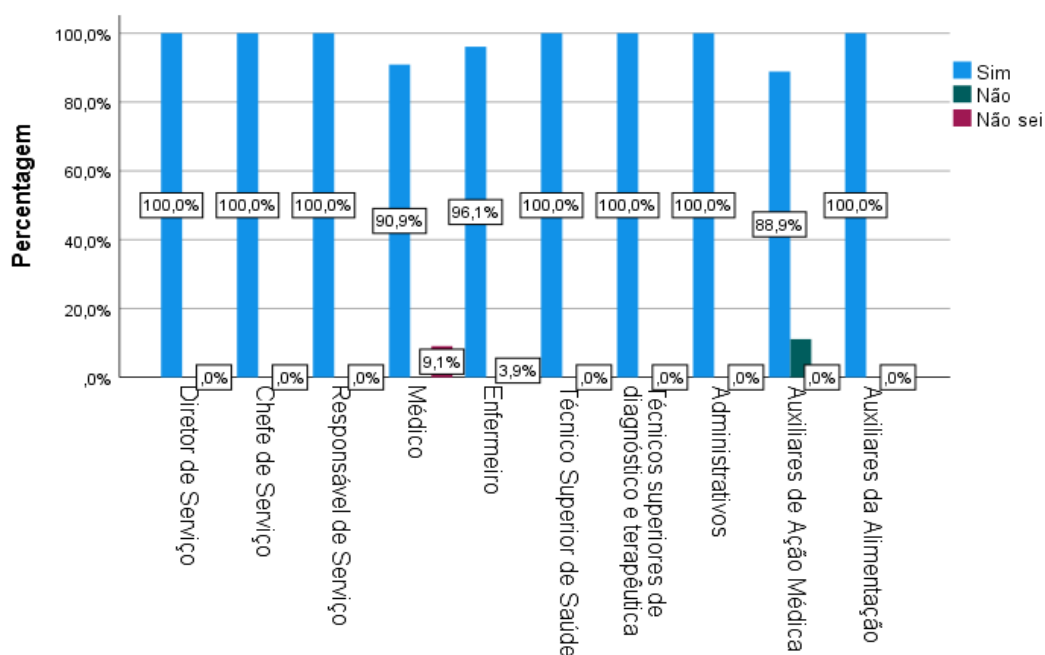
Tabela 5 - Conhecimento do programa de acreditação e sistema de registos de notificações no hospital

	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação?	102	96,2	1	0,9	3	2,8
No seu hospital está implementado um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências?	104	98,1	0	0,0	2	1,9

n, número de participantes; %, percentagem

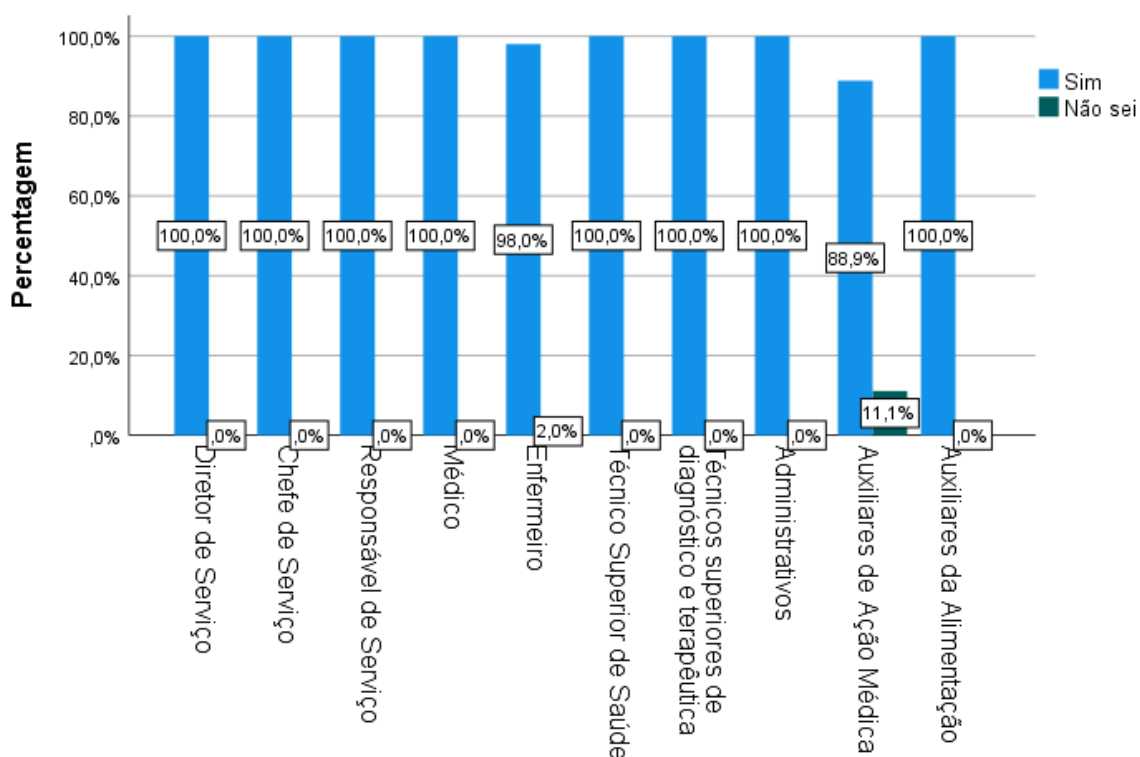
Analisando o conhecimento da participação do hospital em programas de acreditação por categoria profissionais, concluiu-se que todos os inquiridos das classes Diretor de Serviço, Chefe de Serviço, Responsável de Serviço, Técnico Superior de Saúde, Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, Administrativos e Auxiliares de Alimentação têm conhecimento da acreditação do hospital (Gráfico 2). Apenas 11,1% dos participantes da classe dos Auxiliares de Ação Médica desconhecem a existência da mesma, e que alguns profissionais da classe Médica e de Enfermagem não sabem desta.

Gráfico 2- Conhecimento de participação em programa de acreditação do hospital/categorias profissionais



Fazendo a mesma análise em relação ao conhecimento da existência de um sistema de registo e notificação no hospital onde trabalham, verificou-se que somente 11,1% dos elementos participantes referentes à classe dos Auxiliares de Ação Médica e 2% dos elementos da classe de Enfermagem referem não saber se existe. (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Conhecimento da implementação de um sistema de registos e notificação de eventos/incidentes por categorias profissionais



A maioria dos profissionais concorda com o sistema de notificações existente no hospital, sendo que 14,2% não tem opinião. No que diz respeito à criação de um sistema a nível internacional de notificação de incidentes com o objetivo de identificar, analisar, aprender e implementar medidas de melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados, os profissionais participantes também concordam, na sua maioria (67,9%), com a sua criação (Tabela 6).

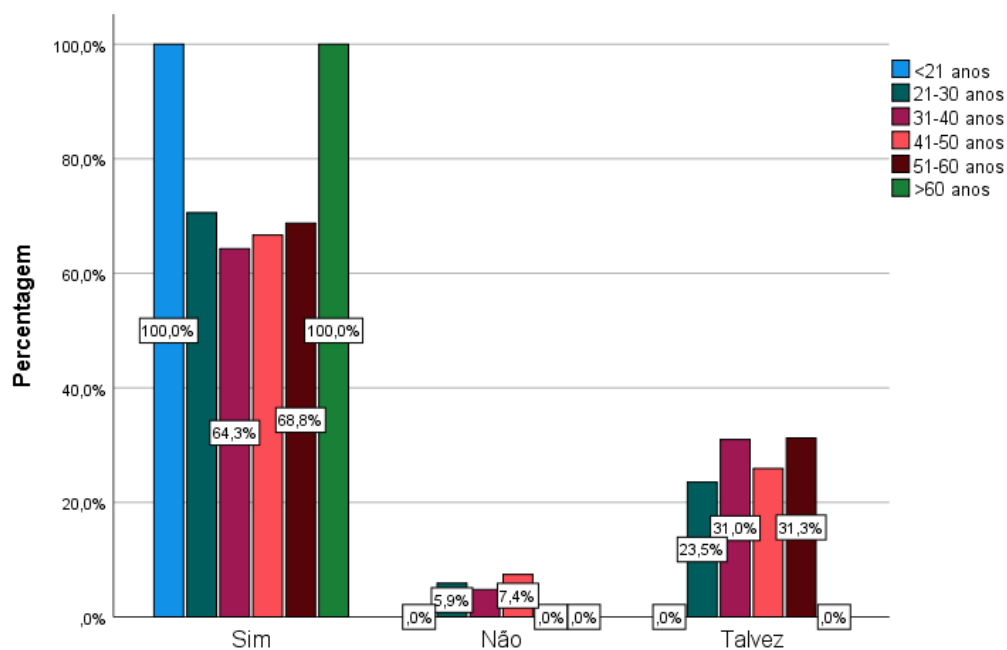
Tabela 6 - Opinião dos profissionais sobre o sistema de notificação no seu hospital e a nível internacional

	Sim		Não		Talvez	
	n	%	n	%	n	%
Concorda com o sistema de registo de notificações do seu hospital?	81	76,4%	10	9,4%	15	14,2%
Concorda com a criação de um sistema a nível internacional de registo e notificação com o objetivo de identificar, analisar, aprender e implementar estratégias para reduzir ou eliminar potenciais riscos para os utentes?	72	67,9%	5	4,7%	29	27,4%

n, número de participantes; %, percentagem

Verificou-se também, através do gráfico 4, que todos os profissionais até aos 21 anos de idade concordam com a criação de um sistema de notificação a nível internacional.

Gráfico 4 - Opinião sobre sistema de notificação internacional por grupo etário



Relativamente à acessibilidade do sistema de notificações presente no hospital, de acordo com a tabela 7, verifica-se que 84,9% dos inquiridos assumem que o sistema de notificações é acessível. Da mesma forma, a maioria dos participantes concorda que o sistema de notificação do hospital é seguro (91,5%).

Quando questionados acerca do feedback recebido associado às notificações que realizam, as respostas são menos concordantes, observando-se que 56,6% dos participantes referem que recebem feedback, pelo que 43,4% assumem não receber qualquer informação de retorno no que respeita às notificações que realizam (Tabela 7).

Tabela 7 - Acessibilidade, segurança e feedback do sistema de registo de notificações do hospital

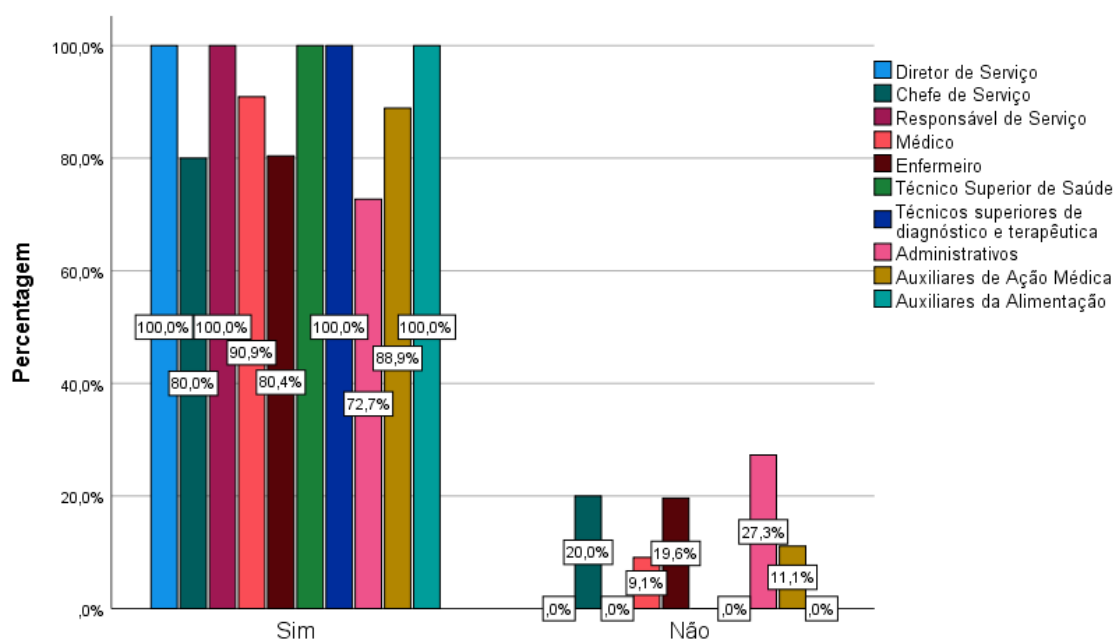
	Sim		Não	
	n	%	n	%
O registo de notificações é acessível?	90	84,9%	16	15,1%
Acha este sistema de registo seguro?	97	91,5%	9	8,5%
Quando realiza um registo neste sistema, recebe feedback da análise e resolução da ocorrência identificada?	60	56,6%	46	43,4%

n, número de participantes; %, percentagem

Considerando apenas os profissionais que responderam afirmativamente à pergunta “recebe feedback das notificações que realiza?”, a maioria refere que o meio da receção deste se faz através do email institucional. No entanto, 30% afirmam que recebem esse feedback da parte da chefia do seu serviço, sendo que a minoria (3,3%) refere ser através da comunicação geral no site do hospital. Esta questão oferecia a possibilidade de, para além das opções de resposta já pré-definidas, formular uma resposta livre. Nesse sentido, verificou-se que os profissionais referem de forma unânime que recebem o feedback das suas notificações consultando a própria plataforma onde a mesma é realizada.

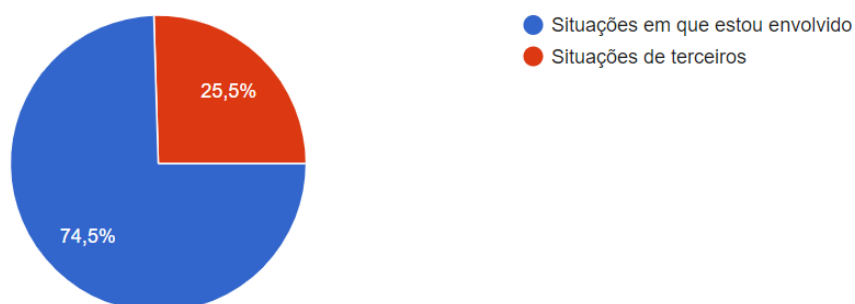
No que concerne à acessibilidade deste sistema, apesar de a maioria dos profissionais inquiridos considerar que o mesmo é acessível, as categorias profissionais dos Médicos (9,1%), Técnicos Superiores de Saúde (20%), Enfermeiros (19,6%), Administrativos (27,3%) e Auxiliares de Ação Médica (11,1%) discordam (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Opinião da acessibilidade do sistema de notificação por categoria profissional



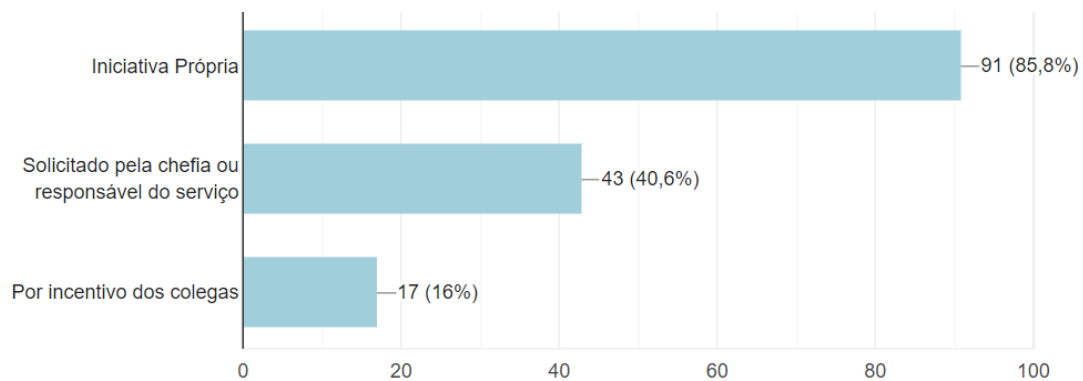
Sempre que realizam uma notificação de incidentes, os profissionais participantes nesta investigação, referem, na sua maioria (74,5%) que a causa se encontra relacionada com situações em que está envolvido, 25,5%, afirma que notifica situações relacionados com terceiros (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Causa de Notificação



De referir ainda que, estas notificações são realizadas maioritariamente por iniciativa própria (85,8%). No entanto 40,6% refere que realiza a notificação por solicitação da chefia ou do responsável do serviço conforme o que se pode observar no Gráfico 7.

Gráfico 7 - O que motiva a notificação

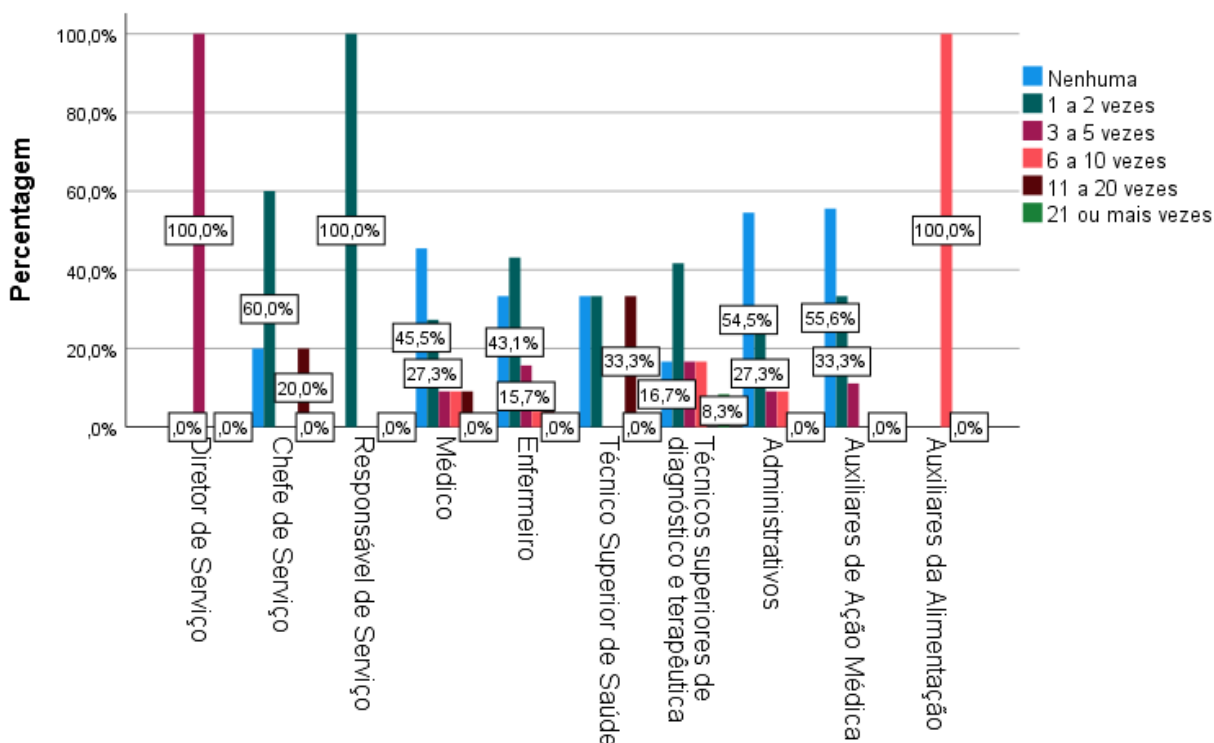


De acordo com os inquiridos, o mais frequente é terem realizado nos últimos 12 meses, 1 a 2 notificações (39,6%), sendo que numa percentagem muito próxima referem não ter realizado nenhuma. Só 13,2 % dos profissionais participantes no estudo, referem ter feito 3 a 5 notificações no último ano. Os restantes 12% referem ter realizado mais de 6 notificações, 6,5% referem 6 a 10 vezes, 4,6% realizaram 11 a 20 notificações e só 1 pessoa (0,9%) refere ter notificado 21 ou mais vezes no mesmo período.

Analisando a frequência da realização de notificações pelas categorias profissionais dos inquiridos, é possível identificar que o único Diretor de Serviço que respondeu ao questionário refere ter realizado 3 a 5 notificações no último ano, e que a única Auxiliar de Alimentação participante referiu ter realizado 6 a 10 notificações no mesmo período. Sendo que classes de liderança como Responsáveis de Serviço, ou Chefes de serviço que apesar de assumirem ter registado 11 a 20 notificações no último ano em algumas respostas, referem na maioria realizar 1 a 2 notificações por ano, ou mesmo nenhuma. Em contraste nas classes dos Administrativos e Auxiliares de Ação Médica existem profissionais a referir ter realizado 3 a 10 notificações.

Verificou-se também que a classe que mais notificações regista, com 11 a 20 notificações é a classe dos Técnicos Superiores de Saúde. As classes de Enfermagem e Médica notificaram na maioria entre 0 a 2 vezes nos 12 meses prévios à data de aplicação do questionário. (Gráfico 8)

Gráfico 8 - Frequência de notificações nos últimos 12 meses por categoria profissional



A associação entre a frequência da realização de notificações nos últimos 12 meses e os diferentes grupos etários ou categorias profissionais é fraca, com um teste à medida de associação V de Cramer entre estas variáveis pouco superior a 0 (Anexo 7).

Em relação às situações notificadas pelos profissionais do hospital, o que se manifesta como a maior causa de notificação é a queda de doentes (47,2%). Seguindo-se com 35% das respostas, a avaria ou defeito dos materiais/dispositivos médicos e com 30% a falta de material/roupa/alimentos.

Os conflitos com os doentes também são motivo de notificação assumindo 27% das respostas, seguindo-se as disfunções do sistema informático com 24%.

Mais frequentes também se encontram como motivo de notificação, o desaparecimento de valores/objetos pessoais do utente (19%), a falta de material clínico e medicamentos (16%), e erros de identificação do utente (14%). Os conflitos com colegas/chefia, o erro de prescrição de produto ou fármaco, e o erro associado à administração de produto ou fármaco corresponderam a 13% das respostas obtidas.

Seguem-se motivos de notificação com mais do que uma resposta, a troca de relatórios do exame (6,6%), o esquecimento de exames (5,7%), a prescrição incorretamente preenchida ou mal elegível (4,7%), o erro de administração de sangue (3,8%) e infecções associadas aos cuidados de saúde (2,8%).

Com menos expressão situam-se notificações com uma resposta apenas, erro na avaliação do estado de saúde do utente; transmissão de informação médica errada; erro na interpretação de um exame; erro do local a operar; erro relacionado com a anestesia; falha de procedimento clínico/falta de laboratório; falha na transmissão de dados clínicos; procedimentos incorretos; erro no embalamento dos medicamentos; falta de recursos humanos; comportamentos desviantes; pisos escorregadios; limpeza dos ar condicionados; queda de tetos e buracos no chão; serviços externos/fornecedores; acidente de serviço e falta de condições de trabalho e potenciais situações de risco para os profissionais e doentes.

Existiram ainda, dentro das opções apresentadas, situações que nunca foram referidas como motivo para notificação como situações de morte súbita ou inesperada e assuntos relacionados com o bloco operatório como contagem incorreta de compressas, envolvimento de outros órgãos alheios à cirurgia e corpos estranhos.

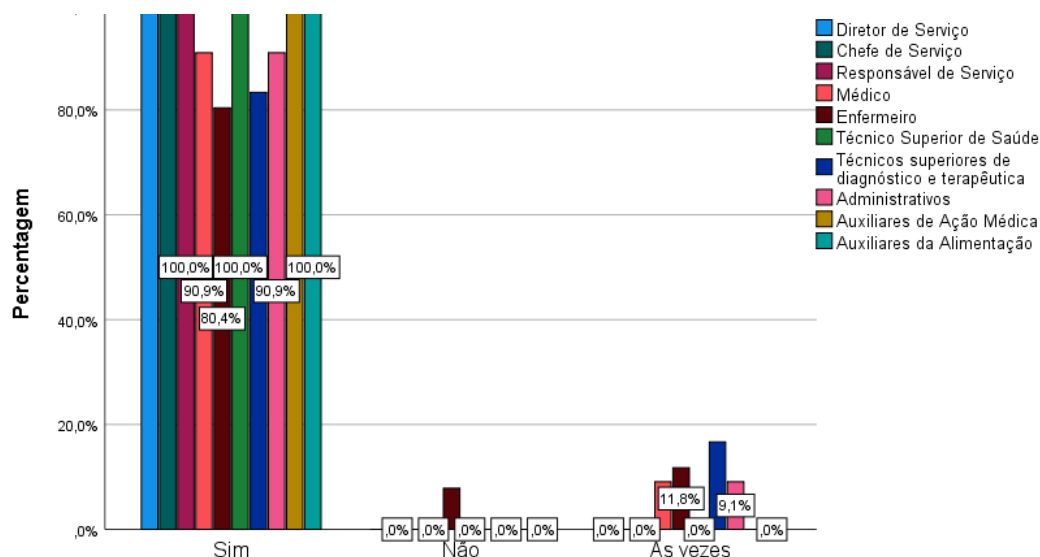
Como motivos para a não realização de notificações encontram-se maioritariamente as circunstâncias da ocorrência e da evolução do caso tornar desnecessária a notificação (35,2%); não receção do feedback da efetividade da notificação (28,7%); dificuldade em notificar pelo sistema ser extenso e confuso (27,8%); a fraca contribuição dos registos de notificação na qualidade dos cuidados (26,9%); esquecimento de realizar o registo (25%); desconhecimento do tipo de incidente que pode ser notificado (14,8%), ou opiniões que desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais (10,2%).

Menos frequente é não notificar por os profissionais mais novos serem mais vezes culpabilizados, injustamente, pelos incidentes (3,7%); a falta de apoios dos colegas de trabalho (1,9%), e com 0,9% de expressão motivos como: indisponibilidade de tempo para atividades não clínicas; não ter sentido realizar notificação sem que esta se traduza em mudança e em melhoria; pela notificação ter de ser dinamizada e assim realizada por outros elementos de equipa; a não priorização das notificações; as ocorrências não justificarem o seu registo; porque estas são rastreadas previamente ao seu registo pelo numero elevado de ocorrências e demora na espera da resposta ao registo.

Uma das grandes questões dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos traduz-se na importância do anonimato ou não da pessoa que realiza o registo. Quando questionado aos participantes acerca de como realizam habitualmente as suas notificações, verificou-se que a maioria o faz com a sua própria identificação (86,8%), sendo que 9,4 % o faz às vezes e 3,7% o realiza de modo anonimo.

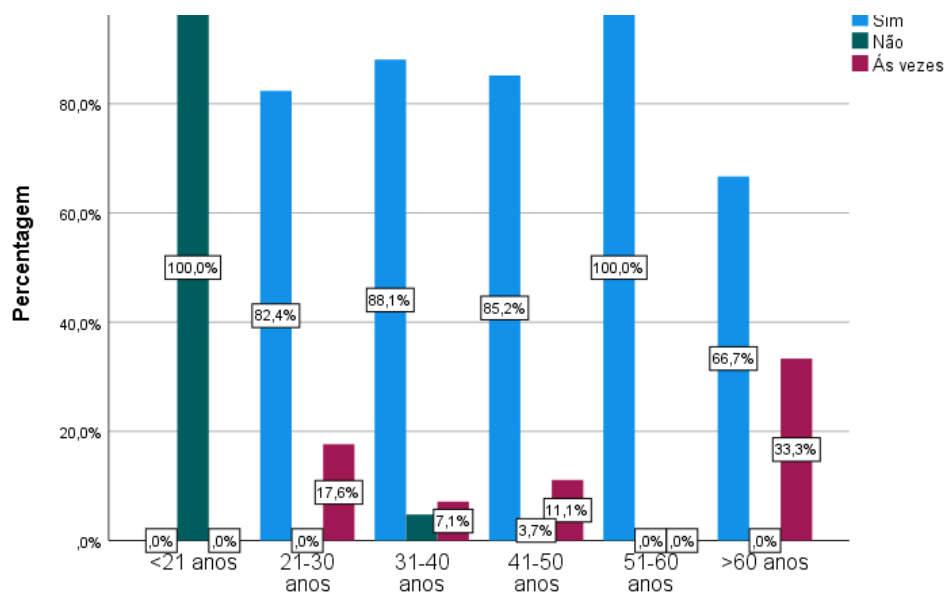
Dentro das categorias profissionais, apesar de todos realizarem notificações com a sua identificação é possível identificar que os Enfermeiros, Médicos, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e os Administrativos às vezes também o fazem sem identificação (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Identificação do notificador por categoria profissional



No que diz respeito aos grupos etários, verificamos que os profissionais até aos 21 anos na sua maioria, não realizam as notificações com a sua identificação. (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Identificação do notificador por grupo etário

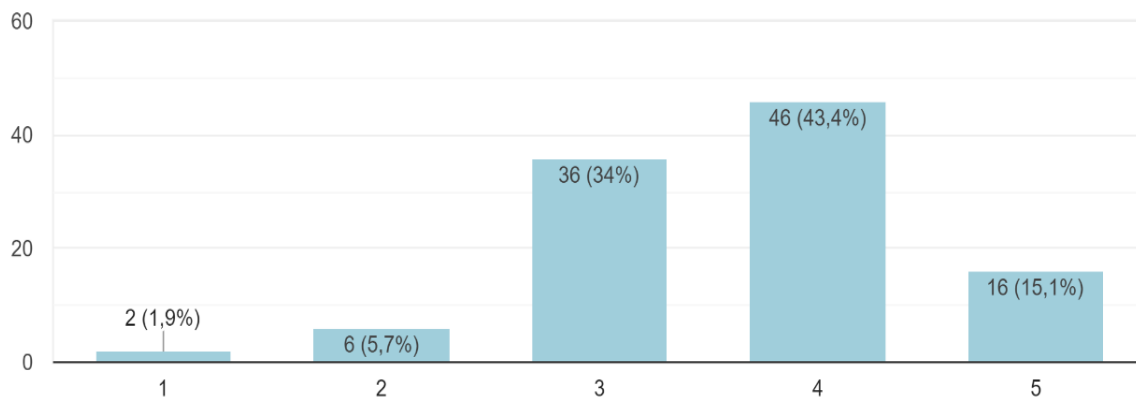


Dos que realizam o registo de modo anónimo ou o fazem às vezes, justificam a sua decisão, na maioria, devido ao fato de não quererem ser confrontados pela chefia e pelo receio de afetar a sua credibilidade, ambos com 33,3 % das respostas.

Seguem-se como motivos também indicados, o receio de represálias que se traduz em 26,7% das opiniões, e os menos referidos com 6,7%, o difícil login; o ser mais rápido de modo anónimo; ausência de resposta e já aparecer por predefinição de modo automático.

Por toda a temática do presente estudo, foi importante captar a perspetiva dos profissionais acerca da segurança dos cuidados de saúde que prestam. De um modo geral toda a amostra identifica os cuidados prestados na instituição como sendo de boa qualidade (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Grau de segurança dos cuidados de saúde



(1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)

Verificou-se que a relação entre esta variável e as diferentes categorias profissionais tem uma associação fraca e correlação com os diferentes grupos etários também fraca. (Anexo 8).

Colocou-se a hipótese se as médias das ordenações desta variável são iguais nos diferentes grupos etários/categorias profissionais ou se pelo menos um tem média de ordenações diferente das restantes. Considerando que o *p value* é superior ao valor de alfa, sendo que $\alpha = 0.05$ (IC =95%), não se rejeita a hipótese nula, pelo que não se verificam diferenças na segurança atribuída aos cuidados de saúde, quer para os diferentes grupos etários (Kruskal-Wallis = 0,694; $p = 0,875$), quer para as diferentes categorias profissionais (Kruskal-Wallis = 5,469; $p = 0,361$). (Tabela 8 e 9)

Tabela 8 - Médias das ordenações da variável grau de segurança atribuído aos cuidados de saúde prestados aos utentes pelos grupos etários

Grupo etário	Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? 1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 – Excelente	
	Média	Desvio padrão
21-30 anos	3,47	0,259
31-40 anos	3,57	0,124
41-50 anos	3,74	0,174
51-60 anos	3,69	0,218
<i>Kruskal-Wallis - 0,694</i>		
<i>P value - 0,875</i>		

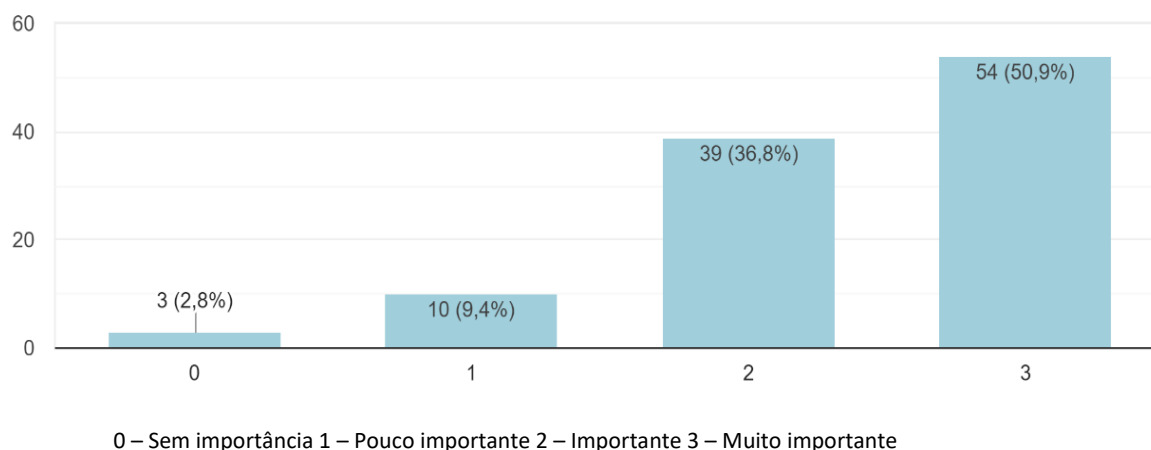
Tabela 9 - Médias das ordenações da variável grau de segurança atribuída aos cuidados de saúde prestados aos utentes pelas categorias profissionais

Categoria Profissional	Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? 1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 – Excelente	
	Média	Desvio padrão
Chefe de serviço	3,80	0,374
Médico	3,09	0,343
Enfermeiro	3,65	0,104
Técnico Sup. de Diag. e Terap.	3,92	0,260
Administrativos	3,64	0,279
Auxiliares de Ação Médica	3,78	0,401
<i>Kruskal-Wallis - 5,469</i>		
<i>P value - 0,361</i>		

Consequentemente falando em segurança dos cuidados de saúde foi importante também identificar o grau de importância cedida pelos profissionais ao sistema de notificação no processo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados na instituição (Gráfico 18). 50,9 % dos profissionais classificam como muito importante, 36,8% referem ser importante, 9,4%

pouco importante e 2,8% dos profissionais afirmam que o sistema de notificação não assume nenhuma importância no que diz respeito à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Importância do sistema de notificação na melhoria da qualidade



Para esta variável, observou-se que a relação com as diferentes categorias profissionais apresenta, igualmente em relação à segurança dos cuidados, uma associação fraca e uma correlação com os diferentes grupos etários também fraca. (Anexo 9).

Colocou-se a hipótese se as médias das ordenações desta variável são iguais nos diferentes grupos etários/categorias profissionais ou se pelo menos um tem média de ordenações diferente das restantes. Considerando que o *p value* é superior ao valor de alfa, sendo que $\alpha = 0.05$ (IC =95%), não se rejeita a hipótese nula, pelo que não se verificam diferenças na segurança atribuída aos cuidados de saúde prestados à importância do sistema de notificações no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, quer para os diferentes grupos etários (Kruskal-Wallis = 2,173; $p = 0,537$), como para as diferentes categorias profissionais (Kruskal-Wallis = 6,548; $p = 0,256$). (Tabelas 10 e 11).

Tabela 10 - Médias das ordenações da variável importância do sistema notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados/Grupos etários

Grupo etário	Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? 0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante	
	Média	Desvio padrão
21-30 anos	2,18	0,176
31-40 anos	2,36	0,136
41-50 anos	2,48	0,112
51-60 anos	2,25	0,214
<i>Kruskal-Wallis - 2,173</i>		
<i>P value - 0,537</i>		

Tabela 11 - Médias das ordenações da variável importância do sistema de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados/Categorias profissionais

Categoria Profissional	Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? 0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante	
	Média	Desvio padrão
Chefe de serviço	2,60	0,245
Médico	2,36	0,244
Enfermeiro	2,18	0,114
Técnico Sup. de Diag. e Terap.	2,67	0,188
Administrativos	2,45	0,282
Auxiliares de Ação Médica	2,56	0,176
<i>Kruskal-Wallis - 6,548</i>		
<i>P value - 0,256</i>		

Na pergunta final onde se pretende captar a perceção dos profissionais participantes acerca da anonimidade dos registos dos sistemas de notificação, na sua maioria (69,8%) assumem que estes não deveriam ser anónimos, mas sim com a identificação do notificador. Pelo

contrário, 30,2% dos inquiridos é da opinião de que este tipo de sistemas deveriam assegurar a anonimidade do profissional que o realiza (Tabela 12).

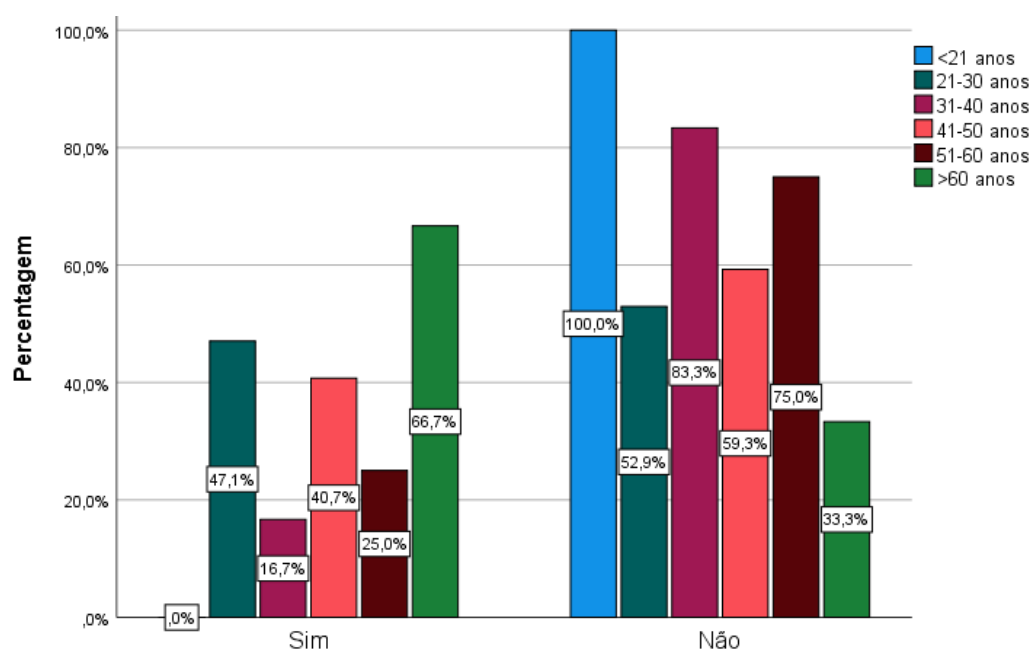
Tabela 12 - Anonimidade do registo de notificação

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Na sua opinião qualquer registo de notificação deveria ser anónimo?	32	30,2%	74	69,8%

n, número de participantes; %, percentagem

Apesar de os profissionais participantes com menos de 21 anos de idade ter referido que realizam estes registos sempre de forma anonima, nesta questão todos os profissionais deste grupo etário referem que estes registos não deveriam ser anónimos, conforme podemos observar no gráfico 13.

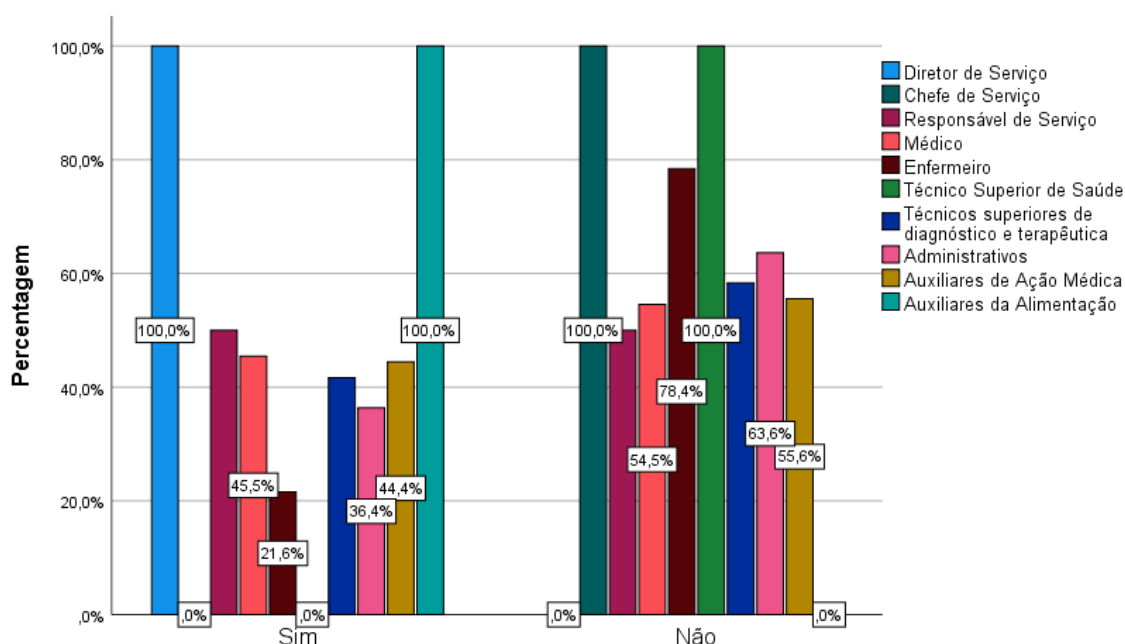
Gráfico 13 - Anonimidade do registo de notificação por grupo etário



Não existe relação significativa entre esta variável e a idade dos inquiridos, sendo que o teste de associação *V de Cramer* assume um valor pouco superior a 0, assumindo uma associação fraca.

Analisando os dados obtidos a esta questão pelas categorias profissionais participantes, verifica-se que as classes de Diretor de Serviço e Auxiliares de Alimentação referem que o registo de notificação deveria ser anónimo. Já os Responsáveis de Serviço e os Médicos dividem-se na opinião. As Chefias de Serviço e os Técnicos Superiores de Saúde defendem que este registo não deve ser anónimo, sendo uma opinião também maioritariamente defendida pelos Enfermeiros (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Anonimidade do registo de notificações por categoria profissional



4.2 - Discussão dos resultados

Os diferentes resultados obtidos na análise estatística realizada, representam uma forma de avaliar a perceção dos profissionais de saúde do sistema de notificação em relação à cultura de segurança e gestão de risco, e permitem desta forma identificar oportunidades de melhoria no hospital onde trabalham.

De um universo de 3280 profissionais clínicos e não clínicos (Anexo 6), 106 participaram neste estudo. A categoria profissional mais participativa foram os Enfermeiros, sendo que categorias como Administração Hospitalar, Farmacêuticos, Assistentes Técnicos e Informáticos não participaram, uma vez que não se obteve nenhuma resposta destas categorias.

Tendo sido o questionário divulgado através do email institucional, seria de esperar que categorias que habitualmente não contactam frequentemente com o computador estivessem menos presentes no estudo, como os Auxiliares de Ação Médica e os Auxiliares de

alimentação, mas ainda assim, houve participação de 9 Auxiliares de Ação Médica e de 1 Auxiliar de Alimentação.

A não participação de profissionais da Administração Hospitalar, uma vez que devem ser estes a criar meios e estratégias de modo a conduzir a instituição para um nível em que os profissionais, e os doentes, sintam a confiança e abertura necessária para discutir e antecipar situações adversas de modo transparente, pode demonstrar que a consciencialização a respeito do valor das notificações neste processo é baixa. Esta atitude pode transparecer a existência da ideia de que a responsabilidade da notificação não seja das categorias profissionais de liderança, uma vez que dos profissionais participantes, só 8 fazem parte de categorias como Diretores, Chefias ou Responsáveis de Serviço. Esta ideia é apresentada no estudo de Siman et al (50), onde é referido que para os elementos de Administração Hospitalar, a responsabilidade da notificação é essencialmente dos enfermeiros, ou seja, a responsabilidade da notificação de incidentes não é compartilhada por todos. Mas de modo à instituição hospitalar ser bem-sucedida na gestão de risco e na cultura de segurança, a notificação não deve ser de responsabilidade de uma única categoria profissional, ou apenas das categorias que mais têm contato com a prestação de cuidados de saúde diretos. Ou seja, para que se consiga atingir objetivos neste sentido é importante que exista a colaboração entre todas as categorias profissionais. A comunicação dos eventos adversos é uma estratégia no combate às falhas do sistema e por isso deve ser incentivada pela gestão hospitalar, sendo da competência dos gestores e líderes a promoção de uma aproximação entre todos os profissionais de modo a desenvolver ações para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (51). Como também referido por Bates (52), os erros devem ser consistentes e trabalhados em equipa com o envolvimento de todos.

Em relação à idade, a maioria dos inquiridos do nosso estudo apresenta idades entre os 30 e os 40 anos, sendo que a minorias tinha menos de 21 anos ou mais de 60 anos de idade. Talvez por a amostra do estudo se situar neste grupo etário, a maioria tem conhecimento da participação da instituição hospitalar em programas de acreditação, e também sabiam, na sua maioria, da existência do sistema de notificação de incidentes. Porém, existem alguns Auxiliares de Ação Médica que não têm conhecimento que o hospital onde trabalham é acreditado, talvez pela formação base destes profissionais não estar direcionada para questões desta ordem.

No que diz respeito à existência de um sistema de notificação, existem, embora que poucos, enfermeiros que referem não o saber, o que de acordo com a sua formação não se justifica. Podendo corresponder, neste caso particular, a profissionais recentes na instituição. Os nossos dados são contrários à maioria da literatura, onde é reportada a falta de conhecimento destes sistemas de notificação (4). No entanto embora a maioria dos profissionais deste estudo tenha conhecimento do sistema de notificação do hospital onde trabalham, é

necessário tornar claro, como e onde notificar, e para além disso motivar os profissionais a compreender a importância destas notificações, o que terá de partir através da evidência de esforços e mudanças para a melhoria a partir das notificações realizadas.

A maioria dos inquiridos concorda com o tipo de sistema de notificação, e tem a opinião de que este é acessível e seguro. Opinião que pode ser fundamentada pelo sistema do hospital em causa ser uma plataforma web de acesso aos utilizadores sem requisitos adicionais e segundo a descrição do programa é de fácil utilização e flexibilidade. No entanto, 23,6% não concorda ou não tem opinião formada, o que se verifica mais a frente, quando se questiona o porquê de não notificar, e surgem motivos como a extensão do registo e o tempo que é necessário despende para o realizar, o que é referido também por Ferorelli (53), onde afirma que deveria ser permitida uma compilação mais rápida, útil e completa dos formulários de comunicação de incidentes.

No que diz respeito à criação de um sistema de notificação a nível internacional, de um modo geral todos concordam, embora existam 32,1% dos participantes que achem que não deveria ser criado, ou não têm opinião formada acerca da criação do mesmo. Na maioria da amostra é demonstrado a consciencialização da maioria para a necessidade de partilhar experiências, situações de risco, acontecimentos adversos e outras situações para que possam produzir mudança no sentido da melhoria dos cuidados prestados, e isso está presente nos profissionais mais jovens, o que se pode explicar pela cada vez mais presente abordagem da cultura de segurança nas suas formações. Embora esta abordagem esteja longe de ser suficiente, uma vez que é necessário incentivar o próprio profissional na maior parte dos casos, a procurar formação secundária para adquirir competências na área da qualidade em saúde, pela insuficiente informação desta nas formações académicas base. De um modo geral é positivo identificar que mesmo assim os profissionais dão importância à notificação no sentido de ser um passo para melhorar os resultados, o que é também identificado por Soydemir et al (54).

Todos os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, não devem funcionar apenas como meios para deixar registadas situações observadas, expectáveis, de risco iminentes entre outras, pois desta forma seriam apenas uma base de dados, para posterior análise puramente estatística de incidentes e eventos adversos das instituições. Devem sim ser um meio para fazer chegar informações importantes acerca da conduta geral da prestação dos cuidados, e condições de trabalho tanto relacionais com as infraestruturas e materiais aos órgãos de gestão e administração de modo a serem traduzidas em avaliações e mudanças no sentido de evitar o reocorrimento ou melhorar algo que necessite de ser alterado ou eliminado. Neste sentido quando os participantes foram questionados acerca do feedback que recebiam das notificações que efetuavam, as opiniões dividiram-se. Pouco mais de metade refere que recebe feedback das mesmas, embora os restantes refiram que nunca recebem.

Sendo que uma grande parte dos profissionais que referem receber feedback, este seja através da sua chefia ou por email. O que também é referido num estudo, onde o processo de notificação está muito direcionado com as chefias diretas (4). Na instituição onde foi realizado o estudo, assim que é realizada uma notificação, a chefia e diretores do serviço em causa recebem, um email com o aviso da realização do mesmo. Ambos participam na elaboração da resposta ao mesmo e na comunicam ao notificador se for o caso. O feedback das notificações é fundamental para a motivação dos profissionais para as realizarem de modo frequente, pois demonstra o reconhecimento deste registo e fornece automaticamente um reforço positivo perante a atitude desse profissional, o que também é reforçado por Clarke (55).

Foi dada a oportunidade, nesta questão do feedback, para os participantes responderem em resposta aberta, e uma das formas apontadas como usadas para ter acesso ao processo de desenvolvimento da notificação, é aceder ao sistema de notificações, ou seja, por iniciativa própria consultar o estado da notificação elaborada, tomando assim conhecimento das ações determinadas, que na sua maioria são listas de ações possíveis.

A falta de feedback identificada neste estudo, reforçada em outros estudos como Alves (4), pode justificar críticas presentes nos relatórios da OMS onde é referido o não incentivo aos profissionais para notificarem o que pode conduzir a que a notificação muitas vezes não leve a mudanças positivas, o que acaba por resultar em subnotificação. É, portanto, preponderante, de encontro ao que já foi referido, que se atribua valor à situação notificada pelo profissional através de uma resposta construtiva, de modo a obterem a perceção de que fazem parte do processo e que a instituição está disposta a mudar com base nos seus comentários, o que só pode contribuir para a solidificação da cultura de segurança da instituição. Para que um sistema de notificações seja efetivo, é de extrema importância que os resultados das análises das situações notificadas se traduzam em medidas de prevenção e correção que promovam mudanças no sistema (56).

Os profissionais representados neste estudo notificam mais situações em que estão envolvidos, fazendo-o na maioria das vezes por iniciativa própria, sendo referido, no entanto que muitos o fazem por solicitação das chefias, ou responsáveis de serviço. Mascarenhas (51), e Harada (56), refere que embora qualquer profissional possa notificar eventos adversos em saúde, ainda há muitas dúvidas quanto ao responsável pelo seu registo, considerando que muitas vezes quem identifica o evento adverso não é o mesmo que o vivenciou, ou que teve relação com o acontecido.

De um modo geral os inquiridos demonstram notificar mais frequentemente nos últimos 12 meses, 0 a 2 vezes, correspondendo esta realidade a categorias profissionais de liderança. A classe de Enfermagem normalmente identificada como a classe que mais notifica, embora alguns elementos tenham assumido que notificam de 3 a 20 vezes por ano, a maioria assume

que notifica de 0 a 2 vezes. Dados reforçados pelos dois últimos relatórios de segurança do doente, que afirmam que a maior parte dos profissionais nunca preencheram uma notificação, e que desconhecem como o fazer na maior parte das vezes. Siman et al (50), e Harada (56), referem que o fato dos profissionais não notificarem pode ocorrer por diversos fatores, como o medo, culpa e pelo tipo de sistema de notificação que pode dificultar a sua realização. Esta ideia também foi reportada por Soydemir et al (54), que refere, que os profissionais dizem que o sistema de notificações é demasiado complicado de utilizar e que a falta de funcionalidade era a razão pela qual optaram por não comunicar erros, para além de referirem que uma das razões mais importantes relacionadas com o sistema era o conhecimento insuficiente sobre o mesmo por parte dos profissionais.

A notificação mais realizada é relacionada com a queda de doentes, seguida de avarias ou defeitos de materiais ou dispositivos médicos, como também a falta dos mesmos. Segundo Koca (57), as quedas dos doentes são um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados nas enfermarias, embora possam ocorrer por fatores independentes aos profissionais de saúde, sendo estas os erros de segurança mais relatados no seu estudo, em semelhança ao nosso.

Segundo o Relatório de Progresso de Monitorização do Notifica de 2019 (41), os acontecimentos mais notificados relacionam-se igualmente, com acidentes dos doentes, recursos e gestão organizacional.

Os acontecimentos menos valorizados pelos nossos inquiridos, foram o erro na avaliação do estado de saúde do utente; transmissão de informação médica errada; erro na interpretação de um exame; erro do local a operar; erro relacionado com a anestesia; falha de procedimento clínico/falta de laboratório; falha na transmissão de dados clínicos; procedimentos incorretos; erro no embalamento dos medicamentos; falta de recursos humanos; comportamentos desviantes; pisos escorregadios; limpeza dos ar condicionados; queda de tetos e buracos no chão; serviços externos/fornecedores; acidente de serviço e falta de condições de trabalho e potenciais situações de risco para os profissionais e doentes.

Estes incidentes considerados pelos profissionais como menos importantes, ou que apresentam consequências não imediatas ou mais leves aos doentes, tem tendência a ser menos comunicados ou notificados, de acordo com Alves (4), evidenciando que a lógica das notificações é inversa à lógica da ocorrência dos incidentes. Entretanto a notificação de incidentes sem dano ou mais leves é fundamental no processo de melhoria da segurança do utente e por isso deve ser incentivada.

Os profissionais referem não notificar por acharem que não justifica e por não receberem feedback da efetividade das notificações realizadas na sua maioria. Como referido num estudo, os profissionais tendem a pensar que os erros que foram detetados ou evitados antes de prejudicar o utente, como não resultavam em qualquer dano, não necessitam de ser

reportados (54). No caso de incerteza ou menor gravidade dos danos, os profissionais divergem na necessidade da notificação (58). Dados também reforçados por Harada (56), que identifica como causa da subnotificação, entre outras, o aumento da carga e do tempo de trabalho e falta de feedback e crença de que a notificação levará a uma mudança.

Embora identifiquem na maioria que é acessível, como já referido anteriormente, uma das causas apontadas também é o sistema ser extenso e confuso e também o esquecimento de realizar a notificação. Como também referido por Alves (4), os motivos mais citados para a não notificação, foram a sobrecarga de trabalho, esquecimento, a não valorização das notificações, e o medo ou vergonha entre os profissionais, também citados nos estudos de Claro et al (5), e Siqueira et al (7). Isto porque os profissionais tendem a pensar que a notificação deve ser realizada imediatamente após o acontecimento ou identificação do erro (51).

A falta de interesse, bem como a desmotivação dos profissionais compromete a realização das notificações e com isso a possibilidade de garantir a segurança dos doentes. O número insuficiente de profissionais de saúde, cada vez mais marcado nas instituições de saúde, e as diversas atividades em cada turno de trabalho resultam numa sobrecarga de trabalho, o que é um obstáculo na realização de notificações (51).

Os nossos inquiridos referem na maioria das respostas, que estas notificações são realizadas com a sua identificação, no entanto classes como Médicos, Técnicos Superiores de Diagnostico e Terapêutica, Administrativos e Enfermeiros refiram que por vezes o fazem de modo anónimo. Os profissionais com menos de 21 anos de idade, que participaram neste estudo, não usam a sua identificação, que de acordo com o referido anteriormente coincide com profissionais da classe de enfermagem. Tal pode ser justificado pelas represálias das chefias e de não quererem assumir o erro, sendo profissionais recém-licenciados em atividade laborar recente. O que levanta de novo o problema da importância das classes gestoras criarem condições para todos os profissionais se sentirem parte do processo de gestão de risco e segurança dos cuidados e sentirem-se responsabilizados por contribuir para a melhoria dos mesmos, também identificado por Marx (33). Não existindo este apoio, a subnotificação continuará a estar presente, como já constatámos na questão da frequência da realização de notificações no último ano, o que é reforçado no estudo de Mascarenhas (51).

Como motivos para não usar a identificação nas notificações, são apontados não quererem ser confrontados pela chefia e o receio de afetar a credibilidade profissional, represálias e por permitir dessa forma que o registo seja mais rápido, como já referido, e reforçado por outros estudos anteriormente. Como Siman et al (50), afirma, a perceção e a conduta dos profissionais em relação ao erro pode variar de acordo com a cultura institucional, punitiva ou não, estando muito ligada também à responsabilidade individual de cada profissional. Este autor refere ainda que o desconhecimento ou a falta de compreensão da equipa perante um

profissional sujeito ao erro pode acarretar, para o envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, o que pode ser agravado se existir uma cultura punitiva, o que pode contribuir para a omissão dos acontecimentos.

A perspetiva dos profissionais acerca da segurança dos cuidados que prestam é boa sendo esta identificada em média com aceitável e muito boa. Identificando o sistema de notificação como importante a muito importante no processo de melhoria da qualidade pelo que podemos afirmar que os profissionais entendem o objetivo deste sistema, embora não sejam incentivados a usá-lo com a frequência desejada por não sentirem que fazem parte do processo. Estes dados demonstram uma informação importante no sentido de que a maioria dos profissionais compreendem a cultura de segurança, e deste modo poderão usar as notificações como meio para a melhorar, de modo contínuo com responsabilidade, precisando para isso de incentivo e formação. Ideia presente também num estudo, onde é referido que os participantes revelam identificar a importância da realização da notificação de um evento adverso em saúde, compreendendo que o objetivo desta é rastrear as falhas para posteriormente desenvolver ações que possam melhorar a qualidade dos cuidados prestados (51).

Anderson refere que, a comunicação de incidentes foi entendida pela maioria dos profissionais como tendo um efeito positivo na segurança, não só porque conduz a mudanças nos processos de prestação de cuidados, mas também por mudar as atitudes e conhecimentos destes profissionais. Os efeitos positivos na sensibilização e conhecimento dos trabalhadores são provavelmente tão importantes para a segurança como para a melhoria nos processos da prestação de cuidados (8).

Mesmo tendo sido assumido pelos participantes que usavam na sua maioria a sua identificação aquando da realização das notificações, também assumem que, na sua opinião, todos os sistemas de notificação deveriam ter a identidade do notificador, embora 30,2% destes refira ser importante ser anónimo. O que demonstra ainda o receio de sofrer consequências numa sociedade que ainda não identifica facilmente o erro como uma oportunidade de melhoria ou como ponto de partida para a mudança no sentido da melhoria da qualidade.

Os profissionais mais novos, que como já referimos, dizem notificar de modo anónimo sempre, aqui partilham desta opinião, que os registos deveriam ter a identificação do notificador. Isto pode demonstrar que só não o fazem porque podem ser prejudicados, mas entendem a importância e a necessidade de se poder assumir o erro e identificar situações de risco para contribuir para a melhoria dos serviços prestados.

Diretores e chefias de serviço dividem-se na opinião da anonimidade dos registos bem como a classe médica, sendo que os enfermeiros na maioria defendem a identificação nestes registos.

4.3 - Limitações do estudo

A equipa observou que este estudo apresenta algumas limitações. A primeira limitação identificada prende-se com o desequilíbrio da amostra, uma vez que existiram categorias profissionais sem resposta ao questionário ou representadas por 1 ou poucos mais elementos, o que dificultou a generalização dos dados obtidos a todos os profissionais. Desta forma não foi possível realizar comparações entre alguns campos abordados, e podemos afirmar que os resultados podem ter sido enviesados pelas características da amostra.

O meio de distribuição do questionário pode ter contribuído para a pouca adesão ao estudo por parte dos profissionais, uma vez que estes podem não aceder ao email institucional com frequência. Isto por não ser hábito, por falta de tempo ou oportunidade, ou por força da prática diária de trabalho. Este meio, também alterou a inicial intensão da população do estudo, porque inicialmente o objetivo era obter a perspetiva de todos os profissionais clínicos e não clínicos, sem exceção, uma vez que todos devem ter acesso ao sistema de notificação, e muitos não terem esse conhecimento. Mas tal não foi possível, pois profissionais como da área da limpeza ou da área da restauração, não pertencendo ao quadro da instituição, são trabalhadores de empresas prestadoras de serviços, e por isso não têm email institucional.

Ainda em relação à população e amostra, salienta-se que as conclusões deste estudo, se reportam apenas aos profissionais da instituição onde foi realizado, não sendo possível a sua generalização a outras populações com características semelhantes.

Contudo, em relação ao objetivo do estudo, podemos afirmar que obtivemos uma ideia geral da perspetiva dos profissionais do HFF acerca da efetividade do sistema de notificação na gestão de risco e na segurança dos doentes, embora na nossa opinião tivesse faltado questões de justificação perante as perguntas realizadas de resposta direta, de modo a clarificar o porque da sua resposta. Bem como também, a padronização das respostas relativas às questões de opção, sim, não ou talvez, que surgem também como sim, não ou às vezes, que na teoria se referem a diferentes perceções, mas que na prática aquando da análise estatística não facilitou a apresentação dos resultados. Pelo que se concluiu que existem limitações no que diz respeito à escolha inicial das variáveis do estudo.

Ainda em relação ao questionário, uma vez que este foi adaptado de um já testado e validado previamente, teria sido mais clarificante, reforçar perspetivas com questões abertas, como “se acham que é importante receber feedback?”, “porquê”, e “das notificações que realizaram se

foi realizada alguma ação corretiva ou preventiva perante a mesma?”, de modo a clarificar a perspectiva dos profissionais acerca da efetividade do sistema de notificação, o que poderia ter tornado a discussão dos resultados mais completo.

O espaço temporal em que este estudo foi realizado, devido à demora dos processos burocráticos de autorização, pode ter influenciado a qualidade da análise estatística e consequente discussão. De realçar que o fato de existirem poucos estudos sobre a efetividade dos sistemas de notificação também tornou difícil a sua comparação com outros resultados.

4.4 – O nosso estudo e perspectivas futuras

Aceitamos que o estudo realizado apresenta pontos fortes, por abordar uma temática muito importante e pouco estudada, e devido à felicitação por parte de elementos da gestão hospitalar da instituição, e de outros profissionais, pela realização do estudo, e pela escolha do tema, com referência à sua importância. O que demonstra pelo menos que suscitou interesse destes mesmos elementos. Este estudo desenvolveu na equipa de investigação um enriquecimento em relação a toda a área de conhecimento que aborda, o que deixa a vontade de dar continuidade ao mesmo.

Quanto a sugestões para possíveis futuras investigações e seguindo a lógica do que foi referido anteriormente, o fato de existirem poucos estudos realizados acerca da efetividade dos sistemas de notificação é fundamental promover mais iniciativas nesta área. Desta forma é crucial que os profissionais tenham formação na área da segurança do doente, e isto só será possível com a sensibilização das áreas da gestão. Só com um clima de confiança, e transparência entre todas as categorias profissionais, sem exceção, vai ser possível aumentar a comunicação do erro, sem receios, e desta forma encontrar as estratégias adequadas a uma prestação de cuidados de saúde de excelência. É necessário que as diversas organizações de saúde aceitem que se pode aprender com o erro, sem culpabilização.

Queremos, portanto, incutir a realização de estudos similares que abordem mais a efetividade dos sistemas de notificação e não a eficácia destes, pois a maioria dos estudos realizado nesse âmbito confirmam a sua necessidade e identificam estes sistemas como uma ferramenta essencial da qualidade, no processo de melhoria continua da gestão de risco e segurança do doente. Desta forma é necessário explorar, nos diversos contextos de saúde, se as notificações realizadas se traduzem em mudança ou não.

Sugerimos que se realizem estudos direcionados aos profissionais de saúde de prestação de cuidados diretos, em continuidade ao nosso, mas mais incisivos na questão da efetividade, com as questões já referidas, “se acham que é importante receber feedback?”, “porquê”, e “das notificações que realizaram se foi realizada alguma ação corretiva ou preventiva perante

a mesma?”, onde fossem apresentadas as sugestões destes profissionais para a melhoria deste processo. Este tipo de estudo poderá contribuir para um conhecimento da perspectiva dos profissionais em relação ao processo de análise das notificações por parte das categorias da gestão, o que poderá ser benéfico para a autocritica destas categorias.

Neste sentido, seria de todo influente, realizar um estudo aplicado as categorias de gestão, sobre a importância do investimento da qualidade e prevenção do risco, com enfoque aos elementos dos departamentos de gestão da qualidade, de modo a analisar a sua atuação ao longo do processo de análise das notificações realizadas, dificuldades sentidas nessa análise, e perspectiva destes em relação aos custos humanos e materiais associados aos erros.

Admitimos que o presente trabalho participou positivamente para esta problemática e colaborou na sensibilização dos profissionais participantes no estudo. Esperamos que a apresentação e discussão destes resultados sejam um contributo importante para o compromisso individual e da instituição na promoção da segurança dos cuidados de saúde.

Capítulo 5 - Conclusão

Os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, são ferramentas importantes e úteis na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados numa instituição. Estes devem funcionar como um mecanismo da cultura de segurança, que se inicia com o registo, análise e posterior ação corretiva ou preventiva da situação notificada para prevenir a sua recorrência. Não é esperado que estes sistemas funcionem como bases de dados de eventos ocorridos, com análise sistematizada e sem o seu uso para a melhoria. A notificação não melhora a segurança, se não houver resposta real e sem ambiguidade à mesma, de modo a justificar aos profissionais que esta é necessária e que produz mudança. Ou seja, o sistema de resposta às notificações surge como ainda mais importante do que o sistema de notificações em si.

No nosso estudo concluímos que a subnotificação é uma realidade ainda marcada, por motivos como, represálias ou ausência de feedback ou de ação perante as notificações realizadas, o que leva o profissional a não registar por achar que não justifica. A ausência de feedback das notificações não colabora positivamente no processo de melhoria da qualidade, o que se verifica pela ausência de realização de notificações por não quererem ser abordados pelas chefias, ou sofrerem alterações na sua credibilidade profissional. Todo este processo encontra-se ainda muito influenciado pelas chefias diretas ou pelos gestores, sendo que é fundamental uma mudança neste paradigma, com a implementação de um clima laboral transparente, não punitivo, onde todos são parte integrante de uma equipa que caminha no mesmo sentido, sem sentimentos de represálias ou receios, havendo uma necessária consciencialização dos pontos fortes e fracos da instituição de modo a produzir qualidade. Importante é também todos os profissionais se sentirem igualmente responsáveis pela realização de notificações, pois muitas categorias profissionais não foram representadas neste estudo.

Os profissionais mesmo assim assumem que os cuidados que prestam são de qualidade, e aceitam que o sistema de notificação é uma ferramenta essencial para os melhorar, não tendo receio, na sua maioria, de referir a sua identidade nos mesmos. É necessário realizar alterações aos formulários de notificação de forma a torná-los mais fáceis de preencher de modo a que a informação seja correspondente à real, o que por vezes pode ser dificultado por meio de formulários de apenas respostas pré-definidas.

Este estudo reforça, que se tem criado expectativas altas sobre o impacto dos sistemas de notificação, e que tal tem sido dececionante. É necessária a consciencialização dos gestores para as limitações apresentadas à realização das notificações por parte dos profissionais, e da importância do feedback das mesmas.

Referências bibliográficas

1. Despacho n.º 5613/2015, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Diário da República: série II, de 2015-05-27 (2015)
2. Fragata J. Segurança dos Doentes: uma abordagem prática. Lisboa: Lidel; 2011.
3. Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro. Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde. Lisboa (2015).
4. Alves MdFT, Carvalho DSd, Albuquerque GSCd, Coletiva S. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. 2019;24:2895-908.
5. Claro CM, Krocokcz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. 2011;45:167-72.
6. Mira JJ, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J, Santacruz J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. 2013;33:01-7.
7. Siqueira CL, Silva CdC, Teles JKN, Feldman LB. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. 2015;19(4):919-33.
8. Anderson JE, Kodate N, Walters R, Dodds AJ. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. 2013;25(2):141-50.
9. WHO. Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide. World Health Organization; 2016.
10. Silva C. Qualidade nas organizações de saúde: Uma leitura na voz dos doentes. 2019.
11. Bruno P. Registo de incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal: Coimbra Editora; 2010.
12. Pelberg AL. Core curriculum for medical quality management. American College of Medical Quality: Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett; 2005.

13. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.
14. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications: Jones & Bartlett Learning; 2004.
15. Fonseca JMDd. Sistema de notificação de eventos adversos numa unidade de saúde hospitalar: avaliação do impacte da sua aplicação: Universidade de Évora; 2012.
16. Legido-Quigley H. Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
17. Eiras M. Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia. Universidade Nova de Lisboa; 2011.
18. Diário da República n.º 42/2007, 2º Suplemento, Série I de 2007-02-28, páginas 26 - 29.
19. Diário da República n.º 233/2008, Série I de 2008-12-02.
20. Despacho nº14223/2009 da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, Ministério da Saúde - 2.ª SERIE, Nº 120, de 24.06.2009, Pág. 24667. 2009.
21. Sousa P. Qualidade em Saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. (C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, Edits.). TMQ Qualidade - A Qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar. 2010;Temático 1:19-31.
22. Vieira S, Mendes M, Lopes A, Silva I, Aragão JJC. Processo de gestão e acreditação. 2012;7(1 Esp):181-.
23. Reis CT, Martins M, Laguardia JJC, coletiva s. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. 2013;18(7):2029-36.
24. WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. 2020.
25. Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24. 2021.
26. Barroso F, Sales L, Ramos S. Guia prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel; 2021.

27. Antunes NS. Notificação de incidentes e segurança do doente: Perceção dos enfermeiros: Instituto Politecnico de Viseu (Portugal); 2014.
28. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks: World Health Organization; 2009.
29. Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento 2009. p. 391-.
30. Ramos S, Trindade L. Incidentes de Segurança do Doente. Porquê Relatar? Dossiê de qualidade em saúde [Internet]. 2013.
31. De Cicco F. Gestão de Riscos - Diretrizes para a Implementação da ISO 31000:2018: Risk Tecnologia Editora Ltda; 2018.
32. Portugal M, DGS D. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente-Relatório Técnico Final; 2011.
33. Marx DJO, Patient safety and the just culture. 2019;46(2):239-45.
34. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KJ. To err is human. 2000;600:2000.
35. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. 2013;21:1165-71.
36. Henriques AC, Eiras M, Almeida, ABd. Gestão da Qualidade na Saúde - Revisão de Literatura. Revista TMQ - Techniques, Methodologies and Quality. 2014; Temático 2.
37. WHO. World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. World Health Organization; 2005.
38. Capucho HC. Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente: Universidade de São Paulo; 2012.
39. Paiva MCMdSd, Paiva SARd, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. 2010;44:287-94.
40. Direção Geral da Saúde. Relatório de Progresso de Monitorização do SNNIEA. Informação n.002/2014 . 2013.

41. Direção Geral da Saúde. NOTIFICA- Sistema nacional de notificação de incidentes direção-geral da saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. 2021.
42. <https://hff.min-saude.pt/servicos-apoio-de-gestao/servico-de-qualidade-e-seguranca/> [Acedido a 12 janeiro 2022]
43. <http://www.risi.pt/> [Acedido a 2 fevereiro 2022]
44. WHO. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. 2021.
45. Coutinho CP. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Leya; 2014.
46. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.
47. Silva AJHd. Metodologia de pesquisa: conceitos gerais. 2014.
48. Anunciação L. Conceitos e análises estatísticas com R e JASP: Nila Press; 2021.
49. Ribeiro CS, Pimenta C, Pimenta F, Murteira B, Silva JAe. Introdução à Estatística: Escolar Editora; 2010.
50. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. 2017;51.
51. Mascarenhas FAdS, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GMdM, Ilha P, Contexto-Enfermagem. Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. 2019;28.
52. Bates DW, Singh HJHA. Two decades since to err is human: an assessment of progress and emerging priorities in patient safety. 2018;37(11):1736-43.
53. Ferorelli D, Solarino B, Trotta S, Mandarelli G, Tattoli L, Stefanizzi P, et al. Incident reporting system in an Italian University Hospital: a new tool for improving patient safety. 2020;17(17):6267.
54. Soydemir D, Seren IS, Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses. 2017;39(10):1348-63.
55. Clarke JR. How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. 2006;72(11):1088-91.

56. Harada MdJCS, Silva AEBdC, Feldman LB, Tavares SS, Gerhardt LM, Lima Júnior AJd, et al. Reflexões sobre sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente. 2021;74.
57. Koca E, Aksoy H, Tarhan D, Oktay K, Öztürk A, et al. Medical safety reporting system neccessity and analysis of Turkey 2016 data: A health policy report. 2021;32(2):133-45.
58. Miller J, Vitous CA, Boothman RC, Dossett LAJM. Medical error professionals' perspectives on Inter-system Medical Error Discovery (IMED): Consensus, divergence, and uncertainty. 2020;99(31).

Anexos

Anexo 1 – Questionário do estudo

A efetividade do sistema de registo de notificação na gestão do risco e segurança do utente: Perspetiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Caros profissionais,

Este questionário surge no contexto da realização de um estudo de carácter académico para a realização da dissertação da tese do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa em parceria com a Universidade do Algarve.

As questões inseridas neste questionário têm como objetivo estudar a importância do sistema de registo de notificações na gestão do risco e segurança do utente na perspetiva dos profissionais do hospital.

Todas as questões serão precedidas da devida explicação acerca de como deverá responder, não sendo estas instruções iguais em todas as questões, pelo que peço a sua atenção para que possa responder de acordo com as mesmas.

Agradeço desde já que as suas respostas sejam de carácter espontâneo e sincero para que seja possível realizar o retrato mais perto da realidade do que é a perspetiva de todos em relação a efetividade do sistema de notificações.

Os dados fornecidos neste questionário serão de natureza confidencial, pelo que não existem riscos ou benefícios para os profissionais participantes. Os dados serão divulgados através de publicação científica, utilizando para o efeito os dados em modo agregado, previsivelmente durante o mês de fevereiro de 2022.

Este questionário requer para o seu preenchimento de cerca de 10 minutos, e poderá desistir de o preencher a qualquer altura, bastará para isso fechar a janela.

Ao preencher o questionário fica implícito que aceita e autoriza a utilização dos dados obtidos para fins de investigação.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração, para esclarecimento de qualquer dúvida poderá contactar através do endereço de email - ana.p.martins@hff.min-saude.pt

Com os melhores cumprimentos

Mestranda,

Ana Patrícia Martins

*Obrigatório

1 - Caracterização Sociodemográfica e Profissional da população em estudo - Resposta direta por seleção

1. 1.1 - Categoria Profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Administração Hospitalar
- Diretor de serviço
- Chefe de serviço
- Responsável de serviço
- Médico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Técnico Superior de Saúde
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Assistência Técnica
- Informáticos
- Administrativo
- Auxiliar de Ação Médica
- Auxiliar da Alimentação

2. 1.2 - Idade *

Marcar apenas uma oval.

- < 21anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- > 60 anos

2 - Sistema de registo de notificações no hospital

3. 2.1 - O hospital onde trabalha participa em programas de acreditação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

4. 2.2 - No seu hospital está implementado um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sei

5. 2.3 - Concorda com o sistema de registo de notificações do seu hospital? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

6. 2.4 - O registo de notificações é acessível? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

7. 2.5 - Acha este sistema de registo seguro? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. 2.6 - Quando realiza um registo neste sistema, recebe feedback da análise e resolução da ocorrência identificada? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. 2.6.1 - Se respondeu, sim a questão 2.6, qual o meio de receção desse feedback? (possibilidade de mais do que uma resposta)

Marcar tudo o que for aplicável.

Email institucional

Através da chefia direta do serviço

Através de comunicações gerais no site do hospital

Outra: _____

3 - Sistema de registo de notificações - uso pelos profissionais

10. 3.1 - Quando faz um registo de notificação é na maioria relacionado com: *

Marcar apenas uma oval.

Situações em que estou envolvido

Situações de terceiros

11. 3.2 - Quando faz um registo de notificação é por: (possibilidade de mais do que uma resposta) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Iniciativa Própria
- Solicitado pela chefia ou responsável do serviço
- Por incentivo dos colegas

12. 3.3 - Nos últimos 12 meses quantos registos de notificações realizou? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- 1 a 2 vezes
- 3 a 5 vezes
- 6 a 10 vezes
- 11-20 vezes
- 21 ou mais vezes

13. 3.4 - Em que situações usa o registo de notificações? (possibilidade de mais do que uma resposta) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Queda dos doentes
- Avaria ou defeito de material /dispositivos médicos
- Falta de material/roupa/alimentos
- Falta de material clinico e medicamentos
- Disfunções do sistema informático
- Desaparecimento de valores/objetos pessoais do utente
- Conflitos com o utente
- Conflitos com colegas / chefia
- Erro de identificação do utente
- Erro na avaliação do estado de saúde do utente
- Esquecimento de exames, análises ou preparação do utente
- Transmissão da informação médica errada
- Erro de prescrição de produto ou fármaco
- Erro na administração de produto ou fármaco
- Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível
- Erro na interpretação de um exame
- Troca de relatório do exame
- Infeções associadas aos cuidados de saúde
- Contagem incorreta de compressas numa cirurgia
- Lesão de outros órgãos numa cirurgia
- Corpo estranho retido após cirurgia
- Erro do local a operar
- Erro relacionado com a anestesia
- Erro de administração de sangue
- Morte inesperada

Outra: _____

14. 3.5 - Quais os motivos que o levam a não fazer o registo de notificação: (possibilidade de mais do que uma resposta) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não sei quais os incidentes que têm de ser registados
 - Esqueço-me de registar
 - O processo de registo é extenso e confuso, tenho dificuldade
 - Os meus colegas não apoiam o registo
 - As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo
 - Os profissionais mais novos são mais vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes registados
 - O registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados
 - Nunca recebo feedback da efetividade do registo
 - Desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais
- Outra: _____

15. 3.6 - Quando realiza este registo, fá-lo com a sua identificação? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Às vezes

16. 3.6.1 - Se respondeu, "não" ou "às vezes" à questão 3.6, justifique: (possibilidade de mais do que uma resposta)

Marcar tudo o que for aplicável.

- Não quero ser confrontado pela minha chefia com a situação
 - Tenho receio de repressálias
 - Tenho receio de processo disciplinar
 - Receio afetar a minha credibilidade
- Outra: _____

17. 4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente) *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Muito fraca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Excelente

18. 4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante) *

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	
Sem importância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito importante

19. 4.3 - Concorda com a criação de um sistema a nível internacional de registo e notificação com o objetivo de identificar, analisar, aprender e implementar estratégias para reduzir ou eliminar potenciais riscos para os utentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

20. 4.4 - Na sua opinião qualquer registo de notificação deveria ser anónimo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Obrigada, juntos fazemos a diferença!



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Anexo 2 - Questionário original da Dra. Paula Bruno

216

Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas...

Assinale com uma cruz(X) em todas as suas respostas

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

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

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

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

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

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

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

8	Nos últimos 12 meses, quantos registos de eventos/ocorrências preencheu e entregou? (Escolha apenas UMA resposta)	Nenhum	
		1 a 2 relatórios de eventos/ocorrências	
		3 a 5 relatórios de eventos/ocorrências	
		6 a 10 relatórios de eventos/ocorrências	
		11 a 20 relatórios de eventos/ocorrências	
		21 ou mais relatórios de eventos/ocorrências	

9	Dos eventos/ocorrências que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Diga também se os registou por escrito.			
		Já aconteceu	Registei por escrito	
		1. Quedas dos doentes		
		2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
		3. Falta de material/roupa/alimentos		
		4. Falta de material clínico e medicamentos		
		5. Dificuldades do sistema informático		
		6. Desaparecimento de valores/objectos pessoais do doente		
		7. Conflitos com o doente		
		8. Falta do processo do doente nas consultas		
		9. Erro de identificação do doente		
		10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
		11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		
		12. Transmissão da informação médica errada		
		13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
		14. Erro na administração de produto ou fármaco (doso/produto/frequência)		
		15. Prescrição incorrectamente preenchida ou mal legível		
		16. Erro na interpretação de um exame		
		17. Troca de relatório do exame		
		18. Infecções associadas aos cuidados de saúde		
		19. Contagem incorrecta de compressas numa cirurgia		
		20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
		21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
		22. Erro do local a operar		
		23. Erro relacionado com a anestesia		
		24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada				

10	Não registo os eventos/ocorrências porque?					
		5. Concordo Totalmente	4. Concordo	3. Não Concordo sem Discordo	2. Discordo	1. Discordo Totalmente
Tenho receio de processo disciplinar						

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

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

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

13	Em sua opinião esse sistema deveria ser anónimo?		
		Sim	Não

14	Esse sistema deveria ser:	Obrigatório	
		Voluntário	

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



Excelente



Muito Boa



Aceitável



Fraca



Muito Fraca

Muito obrigado pela sua colaboração!
Paula Bruno.

Anexo 3 – Autorização para o uso do questionário da Dra. Paula Bruno

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Ana Paula de Oliveira Bruno, declaro que autorizo que **Ana Patrícia Venâncio Martins**, utilize o questionário que foi por mim elaborado e utilizado na minha tese do Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, e que se encontra publicado na obra sob o título "Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal – Erro em Medicina", da Coimbra Editora.

Lisboa, 10 de Maio de 2021



Anexo 4 – Testes de Normalidade da Amostra

Tests of Normality

	1.2 - Idade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	21-30 anos	,278	17	,001	,883	17	,035
	31-40 anos	,251	42	,000	,838	42	,000
	41-50 anos	,206	27	,005	,877	27	,004
	51-60 anos	,222	16	,034	,883	16	,043
4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	21-30 anos	,243	17	,009	,809	17	,003
	31-40 anos	,339	42	,000	,733	42	,000
	41-50 anos	,333	27	,000	,718	27	,000
	51-60 anos	,260	16	,005	,778	16	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

	1.1 - Categoria	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	Chefe de Serviço	,231	5	,200*	,881	5	,314
	Médico	,195	11	,200*	,948	11	,620
	Enfermeiro	,251	51	,000	,844	51	,000
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	,287	12	,007	,865	12	,056
	Administrativos	,209	11	,195	,906	11	,217
	Auxiliares de Ação Médica	,351	9	,002	,781	9	,012
4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua	Chefe de Serviço	,367	5	,026	,684	5	,006
	Médico	,330	11	,001	,754	11	,002
	Enfermeiro	,238	51	,000	,812	51	,000

da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	,446	12	,000	,592	12	,000
	Administrativos	,357	11	,000	,650	11	,000
	Auxiliares de Ação Médica	,356	9	,002	,655	9	,000

*. This is a lower bound of the true significance. a. Lilliefors Significance Correction

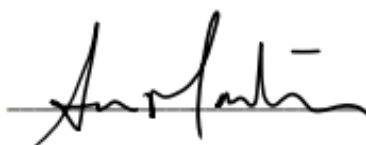
Anexo 5 – Declaração de conflito de interesses

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Eu, Ana Patrícia Venâncio Martins, autora do documento do projeto de investigação intitulado “A Efetividade do sistema de registo de notificações na gestão do risco e na segurança do utente: Perspetiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EP”, declaro que não possuo qualquer conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, académico, político ou financeiro no projeto.

Declaro igualmente a inexistência de apoio financeiro ou material para o desenvolvimento da pesquisa que resultou na elaboração do referido projeto de investigação.

Lisboa, 5 de maio de 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Martins', written over a horizontal line.

Ana Martins

Anexo 6 – Número de profissionais do HFF por categoria profissional

Grupo Profissional	N.º
Administrativos	294
Auxiliares	794
Dirigentes	23
Educadores de Infância	2
Enfermeiros	1059
Informáticos	10
Médicos	428
Médicos Internos	302
Órgãos Sociais	7
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	257
Técnicos Superiores	64
Técnicos Superiores de Saúde	40
Total	3280

Anexo 7 – Análise estatística

H0: As médias das ordenações da variável grau de segurança que atribui aos cuidados prestados no seu serviço são iguais nos diferentes grupos etários.

H1: Pelo menos um dos grupos etários tem média de ordenações diferente das restantes.

RESULTADOS: Kruskal-Wallis = 0,694; p = 0,875

H0: As médias das ordenações da variável importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes são iguais nos diferentes grupos etários.

H1: Pelo menos um dos grupos etários tem média de ordenações diferente das restantes.

RESULTADOS: Kruskal-Wallis = 2,173; p = 0,537

Ranks

	1.2 - Idade	N	Mean Rank
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	21-30 anos	17	49,21
	31-40 anos	42	49,80
	41-50 anos	27	54,80
	51-60 anos	16	52,84
	Total	102	
4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	21-30 anos	17	43,97
	31-40 anos	42	53,62
	41-50 anos	27	54,69
	51-60 anos	16	48,56
	Total	102	

Test Statistics^{a,b}

	4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)
Kruskal-Wallis H	,694	2,173
Df	3	3
Asymp. Sig.	,875	,537
Monte Carlo Sig. Sig.	,873 ^c	,536 ^c
99% Confidence Interval Lower Bound	,865	,523
Upper Bound	,882	,549

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 1.2 - Idade

c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Descriptives

	1.2 - Idade	Statistic	Std. Error
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 -	21-30 anos	Mean	3,47
		95% Confidence Interval for Mean Lower Bound	2,92
		Upper Bound	4,02
		5% Trimmed Mean	3,52
		Median	4,00
		Variance	1,140
		Std. Deviation	1,068
		Minimum	1
		Maximum	5
		Range	4

Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,787 ,550	
	Kurtosis		,436 1,063	
31-40 anos	Mean		3,57 ,124	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,32	
		Upper Bound	3,82	
	5% Trimmed Mean		3,60	
	Median		4,00	
	Variance		,641	
	Std. Deviation		,801	
	Minimum		1	
	Maximum		5	
	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,544 ,365	
	Kurtosis		1,503 ,717	
	41-50 anos	Mean		3,74 ,174
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,38
Upper Bound			4,10	
5% Trimmed Mean		3,77		
Median		4,00		
Variance		,815		
Std. Deviation		,903		
Minimum		2		
Maximum		5		
Range		3		
Interquartile Range		1		
Skewness		-,116 ,448		
Kurtosis		-,737 ,872		
51-60 anos		Mean		3,69 ,218
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,22
	Upper Bound		4,15	
	5% Trimmed Mean		3,71	
	Median		4,00	
	Variance		,763	

		Std. Deviation		,873		
		Minimum		2		
		Maximum		5		
		Range		3		
		Interquartile Range		1		
		Skewness		,024		
		Kurtosis		,564		
4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	21-30 anos	Mean		2,18		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,80		
			Upper Bound	2,55		
		5% Trimmed Mean		2,20		
		Median		2,00		
		Variance		,529		
		Std. Deviation		,728		
		Minimum		1		
		Maximum		3		
		Range		2		
		Interquartile Range		1		
		Skewness		-,290		
		Kurtosis		,550		
			31-40 anos	Mean		2,36
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,08
					Upper Bound	2,63
		5% Trimmed Mean		2,45		
		Median		3,00		
		Variance		,772		
		Std. Deviation		,879		
		Minimum		0		
		Maximum		3		
		Range		3		
		Interquartile Range		1		
		Skewness		-1,240		
		Kurtosis		,365		
	41-50 anos	Mean		2,48		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,25		
			Upper Bound			

		Upper Bound	2,71	
	5% Trimmed Mean		2,52	
	Median		3,00	
	Variance		,336	
	Std. Deviation		,580	
	Minimum		1	
	Maximum		3	
	Range		2	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-,562	,448
	Kurtosis		-,604	,872
51-60 anos	Mean		2,25	,214
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,79	
		Upper Bound	2,71	
	5% Trimmed Mean		2,33	
	Median		2,00	
	Variance		,733	
	Std. Deviation		,856	
	Minimum		0	
	Maximum		3	
	Range		3	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-1,274	,564
	Kurtosis		1,907	1,091

H0: As médias das ordenações da variável grau de segurança que atribui aos cuidados prestados no seu serviço são iguais nas diferentes categorias profissionais.

H1: Pelo menos uma das categorias profissionais tem média de ordenações diferente das restantes.

RESULTADOS: Kruskal-Wallis = 5,469; p = 0,361

H0: As médias das ordenações da variável importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes são iguais nas diferentes categorias profissionais.

H1: Pelo menos uma das categorias profissionais tem média de ordenações diferente das restantes.

RESULTADOS: Kruskal-Wallis = 6,548; p = 0,256

Ranks

	1.1 - Categoria Profissional	N	Mean Rank
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	1.1 - Categoria Profissional		
	Chefe de Serviço	5	53,60
	Médico	11	35,77
	Enfermeiro	51	49,25
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	12	59,13
	Administrativos	11	49,23
	Auxiliares de Ação Médica	9	58,39
	Total	99	
4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	Chefe de Serviço	5	57,30
	Médico	11	50,77
	Enfermeiro	51	44,05
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	12	61,83
	Administrativos	11	56,18
	Auxiliares de Ação Médica	9	55,39
	Total	99	

Test Statistics^{a,b}

	4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)
Kruskal-Wallis H	5,469	6,548
df	5	5
Asymp. Sig.	,361	,256
Monte Carlo Sig. Sig.	,372 ^c	,254 ^c
99% Confidence Interval Lower Bound	,359	,242

Upper Bound ,384 ,265

- a. Kruskal Wallis Test
 b. Grouping Variable: 1.1 - Categoria Profissional
 c. Based on 10000 sampled tables with starting seed 926214481.

Descriptives

		1.1 - Categoria Profissional		Statistic	Std. Error
4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	Chefe de Serviço	Mean		3,80	,374
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,76	
			Upper Bound	4,84	
		5% Trimmed Mean		3,78	
		Median		4,00	
		Variance		,700	
		Std. Deviation		,837	
		Minimum		3	
		Maximum		5	
		Range		2	
		Interquartile Range		2	
		Skewness		,512	,913
		Kurtosis		-,612	2,000
	Médico	Mean		3,09	,343
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,33	
			Upper Bound	3,85	
		5% Trimmed Mean		3,10	
	Median		3,00		
	Variance		1,291		
	Std. Deviation		1,136		
	Minimum		1		
	Maximum		5		
	Range		4		
	Interquartile Range		2		
	Skewness		-,211	,661	
	Kurtosis		-,065	1,279	
Enfermeiro	Mean		3,65	,104	

		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,44	
			Upper Bound	3,86	
		5% Trimmed Mean		3,65	
		Median		4,00	
		Variance		,553	
		Std. Deviation		,744	
		Minimum		2	
		Maximum		5	
		Range		3	
		Interquartile Range		1	
		Skewness		,077	,333
		Kurtosis		-,335	,656
		Mean		3,92	,260
Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,34	
			Upper Bound	4,49	
		5% Trimmed Mean		3,96	
		Median		4,00	
		Variance		,811	
		Std. Deviation		,900	
		Minimum		2	
		Maximum		5	
		Range		3	
		Interquartile Range		2	
		Skewness		-,712	,637
		Kurtosis		,533	1,232
Administrativos		Mean		3,64	,279
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,02	
			Upper Bound	4,26	
		5% Trimmed Mean		3,65	
		Median		4,00	
		Variance		,855	
		Std. Deviation		,924	
		Minimum		2	
		Maximum		5	
		Range		3	

		Interquartile Range		1
		Skewness		-,023 ,661
		Kurtosis		-,448 1,279
Auxiliares de		Mean		3,78 ,401
Ação Médica		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,85
			Upper Bound	4,70
		5% Trimmed Mean		3,86
		Median		4,00
		Variance		1,444
		Std. Deviation		1,202
		Minimum		1
		Maximum		5
		Range		4
		Interquartile Range		1
		Skewness		-1,685 ,717
		Kurtosis		3,694 1,400
4.2 - - Como	Chefe de Serviço	Mean		2,60 ,245
qualifica a		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,92
importância do			Upper Bound	3,28
sistema de				
registro de		5% Trimmed Mean		2,61
notificações no		Median		3,00
processo de		Variance		,300
melhoria		Std. Deviation		,548
continua da		Minimum		2
qualidade dos		Maximum		3
cuidados		Range		1
prestados aos		Interquartile Range		1
utentes? (0 -		Skewness		-,609 ,913
Sem		Kurtosis		-3,333 2,000
importância; 1 -		Mean		2,36 ,244
Pouco	Médico	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,82
importante; 2 -			Upper Bound	2,91
Importante; 3 -				
Muito		5% Trimmed Mean		2,40
importante)		Median		3,00
		Variance		,655

				Std. Deviation		,809	
				Minimum		1	
				Maximum		3	
				Range		2	
				Interquartile Range		1	
				Skewness		-,847	,661
				Kurtosis		-,764	1,279
Enfermeiro				Mean		2,18	,114
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,95	
					Upper Bound	2,41	
				5% Trimmed Mean		2,24	
				Median		2,00	
				Variance		,668	
				Std. Deviation		,817	
				Minimum		0	
				Maximum		3	
				Range		3	
				Interquartile Range		1	
				Skewness		-,799	,333
				Kurtosis		,221	,656
Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica				Mean		2,67	,188
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,25	
					Upper Bound	3,08	
				5% Trimmed Mean		2,74	
				Median		3,00	
				Variance		,424	
				Std. Deviation		,651	
				Minimum		1	
				Maximum		3	
				Range		2	
				Interquartile Range		1	
				Skewness		-1,930	,637
				Kurtosis		3,165	1,232
Administrativos				Mean		2,45	,282
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,83	

			Upper Bound	3,08
		5% Trimmed Mean		2,56
		Median		3,00
		Variance		,873
		Std. Deviation		,934
		Minimum		0
		Maximum		3
		Range		3
		Interquartile Range		1
		Skewness		-2,089 ,661
		Kurtosis		4,750 1,279
Auxiliares de	Mean			2,56 ,176
Ação Médica	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		2,15
		Upper Bound		2,96
		5% Trimmed Mean		2,56
		Median		3,00
		Variance		,278
		Std. Deviation		,527
		Minimum		2
		Maximum		3
		Range		1
		Interquartile Range		1
		Skewness		-,271 ,717
		Kurtosis		-2,571 1,400

Crosstab

Count

		3.3 - Nos últimos 12 meses quantos registos de notificações realizou?					Total	
		Nenhuma	1 a 2 vezes	3 a 5 vezes	6 a 10 vezes	11 a 20 vezes	21 ou mais vezes	
1.2 - Idade	<21 anos	1	0	0	0	0	0	1
	21-30 anos	7	7	2	0	0	0	16
	31-40 anos	13	18	4	3	3	1	42
	41-50 anos	9	10	5	2	1	0	27
	51-60 anos	6	5	3	2	1	0	17
	>60 anos	1	2	0	0	0	0	3
Total		37	42	14	7	5	1	106

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,312	,996
	Cramer's V	,140	,996
N of Valid Cases		106	

Crosstab

Count

		4.4 - Na sua opinião qualquer registo de notificação deveria ser anónimo?		Total
		Sim	Não	
1.2 - Idade	<21 anos	0	1	1
	21-30 anos	8	8	16
	31-40 anos	7	35	42
	41-50 anos	11	16	27
	51-60 anos	4	13	17
	>60 anos	2	1	3
Total		32	74	106

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,318	,057
	Cramer's V	,318	,057
N of Valid Cases		106	

Crosstab

Count

		3.3 - Nos últimos 12 meses quantos registros de notificações realizou?					Total	
		0	1 a 2 vezes	3 a 5 vezes	6 a 10 vezes	11 a 20 vezes	21 ou mais vezes	
1.1 - Categoria	Diretor de Serviço	0	0	1	0	0	0	1
Profissional	Chefe de Serviço	1	3	0	0	1	0	5
	Resp de Serviço	0	2	0	0	0	0	2
	Médico	5	3	1	1	1	0	11
	Enfermeiro	17	22	8	2	2	0	51
	Técnico Superior de Saúde	1	1	0	0	1	0	3
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	2	5	2	2	0	1	12
	Administrativos	6	3	1	1	0	0	11
	Auxiliares de Ação Médica	5	3	1	0	0	0	9
	Auxiliares da Alimentação	0	0	0	1	0	0	1
	Total		37	42	14	7	5	1

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,704	,205
	Cramer's V	,315	,205
N of Valid Cases		106	

Crosstab
Count

		4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)					Total
		1	2	3	4	5	
1.1 - Categoria	Diretor de Serviço	0	0	0	1	0	1
Profissional	Chefe de Serviço	0	0	2	2	1	5
	Responsável de Serviço	0	0	1	0	1	2
	Médico	1	2	4	3	1	11
	Enfermeiro	0	2	20	23	6	51
	Técnico Superior de Saúde	0	0	2	1	0	3
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	0	1	2	6	3	12
	Administrativos	0	1	4	4	2	11
	Auxiliares de Ação Médica	1	0	1	5	2	9
	Auxiliares da Alimentação	0	0	0	1	0	1
	Total		2	6	36	46	16

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,497	,884
	Cramer's V	,249	,884
N of Valid Cases		106	

Crosstab

Count

		4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)				Total
		0	1	2	3	
1.1	- Diretor de Serviço	0	0	1	0	1
Categoria	Chefe de Serviço	0	0	2	3	5
Profissional	Responsável de Serviço	0	0	1	1	2
	Médico	0	2	3	6	11
	Enfermeiro	2	7	22	20	51
	Técnico Superior de Saúde	0	0	1	2	3
	Técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica	0	1	2	9	12
	Administrativos	1	0	3	7	11
	Auxiliares de Ação Médica	0	0	4	5	9
	Auxiliares da Alimentação	0	0	0	1	1
Total		3	10	39	54	106

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,393	,945
	Cramer's V	,227	,945
N of Valid Cases		106	

Correlations

			1.2 - Idade	4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	4.2 - - Como qualifica a importância do sistema de registo de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)
Spearman's rho	1.2 - Idade	Correlation Coefficient	1,000	,017	,008
		Sig. (2-tailed)	.	,861	,938
		N	106	106	106
	4.1 - Qual o grau de segurança que atribui aos cuidados de saúde prestados aos utentes do seu serviço? (1 - Muito fraca; 2 - Fraca; 3 - Aceitável; 4 - Muito boa; 5 - Excelente)	Correlation Coefficient	,017	1,000	,182
		Sig. (2-tailed)	,861	.	,063
		N	106	106	106
	4.2 - - Como qualifica a importância do	Correlation Coefficient	,008	,182	1,000
		Sig. (2-tailed)	,938	,063	.

sistema de registo N de notificações no processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? (0 - Sem importância; 1 - Pouco importante; 2 - Importante; 3 - Muito importante)	106	106	106
--	-----	-----	-----

Anexo 8 – Autorização da CE da ESTSL para a realização do presente estudo

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº.38-2021 - Ana Patrícia Venâncio Martins

TÍTULO PROJETO: A Efetividade do sistema de registo de notificações na gestão do risco e na segurança do utente: Perspetiva dos profissionais HFF

TIPO DE PROJETO/ESTUDO: Investigação 2º ciclo

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Dr.ª Ana Patrícia Venâncio Martins

ORIENTADOR: Professora Doutora Margarida Eiras

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS:

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

Professora Doutora Margarida Eiras

Exma. Senhora Professora Doutora Margarida Eiras

Exma. Senhora Dr.ª Ana Patrícia Venâncio Martins

Na sequência da reunião agendada para dia 21-10-2021 (conforme inscrito na ata da reunião da CE-ESTeSL de 07-10-2021) e realizada nessa data, entre membros da CE e a proponente, esta remeteu nova resposta, por email datado de 22-10-2021.

A Comissão de Ética da ESTeSL (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável, atendendo à adequação das respostas recebidas.

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

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

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

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

A CE-ESTeSL encontra-se inteiramente disponível.

Com os melhores cumprimentos

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações

1990-096 Lisboa | Portugal

conselhodeetica@estesl.ipl.pt

+351 218980447

Anexo 9– Autorização do HFF para a realização do presente estudo



PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA EPE
HOSPITAL

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 056/2021

TIPO DE ESTUDO: DISSERTAÇÃO DE Mestrado

Dissertação do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde:

"A Efetividade do sistema de registo de notificação na gestão do risco e segurança do utente: Perspetiva dos profissionais do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE".

Após reunião de 23 de Junho de 2021, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados), estando de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 23 de Junho de 2021:

Presidente	Dr.ª Teresa Brandão
Vice Presidente	Dr.ª Carla Carneiro
Vogais	
	Dr. José Tomé
	Dr. Vasco Rodrigues
	Enf.ª Helena Cardoso
	Pe. Pedro Monteiro

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 23 de Junho de 2021, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética

Dr.ª Teresa Brandão
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416