



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

**Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos  
serviços de internamento e unidades de cuidados  
intensivos de um hospital central**

**Lina Martins**

**Orientadora:** Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta, ESTeSL/IPL

Mestrado em Gestão e a Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2017

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

**Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos  
serviços de internamento e unidades de cuidados  
intensivos de um hospital central**

**Lina Martins**

**Orientadora:** Doutora Margarida Eiras, Professora Adjunta, ESTeSL/IPL

**JURI**

**Presidente:** Mestre Gilda Cunha

**Arguente:** Mestre Susana Ramos

Mestrado em Gestão e a Avaliação de Tecnologias em Saúde

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

Lisboa, 2017



## **Agradecimentos**

---

Início a apresentação deste trabalho com um agradecimento a todos os que me apoiaram e incentivaram ao longo da sua realização:

À professora Margarida Eiras minha orientadora da Dissertação de Mestrado, pela sua disponibilidade, incentivo, assim como pelas críticas, correções e sugestões feitas durante a orientação.

À Senhora Enfermeira Isabel Gaspar, pelo apoio desde o primeiro momento em que comecei a minha caminhada neste mestrado.

Aos colegas do Hospital pela disponibilidade com que aceitaram fazer parte da amostra deste estudo.

Aos meus Amigos, pelo apoio e confiança que me transmitiram.

Aos meus pais, pelo carinho e incentivo.

À minha madrinha Adelaide, por toda a ajuda e apoio e acima de tudo por acreditar em mim.

Ao Chico, que esteve presente em todos os momentos, e me fez crer que tudo isto era possível.



## Resumo

---

**Introdução:** A notificação de eventos tornou-se, a nível mundial, um importante instrumento para a melhoria da qualidade no sistema de saúde. A *World Health Organization* (WHO) publicou nove soluções para a “Segurança do Doente” e lançou vários desafios dos quais destaca a criação de Sistemas de Relatos de Eventos para partilhar e aprender com os erros. Partilhar a ocorrência de eventos na área dos cuidados de saúde é fundamental para se obter informação para a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais.

**Objetivo:** Conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.

**Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa.

**Resultados:** Relativamente aos eventos em que o dano é trágico, a grande maioria das vezes são notificados. Em relação à queda, todos os profissionais que referem que ocorreu com eles este evento, referem que notificaram. Os enfermeiros apontam como principais barreiras à notificação de eventos: o esquecimento decorrente do excesso de trabalho; a evolução do evento tornar desnecessária a notificação e a aplicação informática para notificação ser complicada, não ser intuitiva.

**Conclusões:** Após a recolha de dados verificamos que, quando ocorrem eventos, os enfermeiros notificam-nos poucas vezes. Os resultados obtidos apontam algumas orientações para a melhoria da cultura de segurança na instituição, ressaltando-se a necessidade de formação na área da segurança e da notificação antes de o evento acontecer.

**Palavras-chave:** evento adverso; qualidade; segurança; sistema de notificação de eventos.

## Abstract

---

**Introduction:** the event notification has become worldwide, an important instrument for improving quality in the health system. The *World Health Organization* (WHO) has published nine solutions for "patient safety" and released several challenges of which highlights the creation of event reports systems to share and learn from mistakes. Share the occurrence of events in the area of health care is essential to obtain information for the implementation of prevention mechanisms that increase patient safety and professional themselves.

**Objective:** Meet the accession of nurses to the notification of events in inpatient services and intensive care units of a central hospital.

**Methodology:** exploratory study, descriptive, quantitative approach.

**Results:** in relation to events in which the damage is tragic, the vast majority of the time are notified. In relation to fall, all the professionals with whom this event occurred, notified. The nurses as major barriers to event notification: Oblivion due to be a lot of work; the evolution of the case render unnecessary the notification and application for notification be complicated, not be intuitive.

**Conclusions:** After data collection when events occur nurses notify them a few times. The results obtained indicate some guidelines for the improvement of the safety culture in the institution, subject to the need for training in the area of security and proactive notification of events.

**Key words:** event reporting system; adverse event; patient safety; quality in health.

# Índice Geral

---

Agradecimentos .....	III
Resumo .....	IV
Abstract .....	V
Índice de quadros .....	VII
Índice de gráficos .....	VIII
Lista de Abreviaturas .....	IX
1. Introdução .....	1
2. Enquadramento Teórico .....	5
2.1 Qualidade em Saúde .....	5
2.2 Segurança do doente .....	7
2.3 Sistema de Notificação de Eventos .....	13
3. Metodologia .....	19
3.1 Objetivo Geral .....	19
3.2 Objetivos Específicos .....	19
3.3 Questão de investigação .....	19
3.4 Tipo de estudo .....	20
3.5 Variáveis em estudo .....	20
3.6 População / Amostra .....	21
3.7 Instrumento de recolha de dados .....	21
3.8 Análise de dados .....	24
3.9 Considerações éticas .....	25
4. Apresentação, análise e discussão dos resultados .....	27
5. Conclusão .....	41
Referências bibliográficas .....	45
Anexos .....	53
Anexo I – Autorização de aplicação do questionário .....	54
Anexo II – Questionário aos enfermeiros .....	56
Anexo III – Pedido de autorização para realização do questionário ....	59
Anexo IV – Autorização para realização do estudo .....	61

## Índice de quadros

---

Quadro 3.1. Consistência interna da “frequência de notificação de acordo com evento” .....	23
Quadro 3.2. Consistência interna da questão 6 “Motivos para não notificar” .....	23

## Índice de gráficos

---

Gráfico 4.1. Distribuição segundo o sexo .....	27
Gráfico 4.2. Distribuição segundo a idade .....	28
Gráfico 4.3. Frequência de notificação tendo em conta o tipo de eventos ...	29
Gráfico 4.4. Número de relatórios de eventos ocorridos nos últimos 12 meses .....	30
Gráfico 4.5. Eventos que aconteceram e foram registados .....	32
Gráfico 4.6. Motivos para não notificar .....	35
Gráfico 4.7. Classificação da segurança do doente no serviço/unidade .....	38
Gráfico 4.8. Sistema de notificação implementado no hospital .....	38
Gráfico 4.9. Concorda com o sistema do hospital .....	39

## **Lista de Abreviaturas**

---

**AHRQ** – Agency for Healthcare Research and Quality

**APDH** – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ESTeSL** – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

**EUA** – Estados Unidos da América

**IACS** - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

**IPL** – Instituto Politécnico de Lisboa

**IOM** – Institute Of Medicine

**JCAHO** – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

**NPSA** – National Patient Safety Agency

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPSS** – Statistical Package for the Social Science

**UK** – United Kingdom

**WHO** – World Health Organization

# 1. Introdução

---

A qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes são questões indissociáveis, sendo espectável que os processos de melhoria contínua promovam a cultura de segurança entre os profissionais de saúde.

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI. A WHO define segurança como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, 2011).

De acordo com a WHO (2008), um em cada dez doentes no mundo é vítima de erros e eventos evitáveis durante a prestação de cuidados de saúde. Todos os dias ocorrem milhões de erros em todos os países. Alguns erros passam despercebidos, muitas vezes não são registados, e outros geram danos irreversíveis e até a morte.

O reconhecimento da ocorrência de erros ou eventos com consequências gravosas para os doentes e para as instituições de saúde, levou a WHO a publicar nove soluções para a “Segurança do Doente” e lançou vários desafios a nível mundial, dentre os quais se destaca a criação de Sistemas de Notificação de Eventos para partilhar e aprender com os erros (WHO, 2007).

Em 2013, foi criado em Portugal o Sistema de Notificação de Eventos – “Notific@” que, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), consiste numa plataforma, anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de incidentes, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do Sistema de Saúde. Esta plataforma surge com o propósito de aprender com a experiência (DGS, 2012).

Num contexto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco na segurança do doente, é fundamental fomentar uma cultura de partilha e confiança, investindo-se na aprendizagem a partir de situações nas quais ocorreram falhas ou eventos, sem se concentrar em culpabilizar e punir os profissionais (Reason e Hobbs, 2006).

Partilhar a ocorrência de eventos na área dos cuidados de saúde é fundamental para se obter informação para a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança do doente e dos próprios profissionais.

Os enfermeiros são o grupo profissional dentro de uma instituição que, pelas características da sua profissão, permanece 24 horas junto dos doentes.

Nesta perspetiva, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam ações que tenham como objetivo a prevenção de eventos, na prestação de cuidados ao doente.

Mas também, é fundamental que os enfermeiros identifiquem e notifiquem os eventos que ocorrem na prática de enfermagem, com vista a aumentar a segurança do doente e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

O estudo do evento é recente e os profissionais da saúde relacionam os mesmos com vergonha, medo e punições, além de associá-los à desatenção, desmotivação e treino insuficiente, portanto, quando estes ocorrem há tendência em escondê-los. Também, quando um evento acontece, a principal preocupação está relacionada com a descoberta do culpado, perdendo-se a oportunidade de conhecer o que aconteceu, as circunstâncias em que ocorreu e, conseqüentemente, tomar medidas para tratá-lo e principalmente prevenir novos eventos (Rosa e Perini, 2003).

A WHO (2007) ao equacionar áreas de investigação, aponta a comunicação, coordenação e cultura de segurança do doente como focos prioritários, definindo-a como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais, baseado em crenças e valores partilhados, para minimizar os danos aos doentes que podem resultar da prestação de cuidados.

Esta crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interatuam fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem com que a segurança do doente seja uma prioridade.

Também Wachter (2010) refere que, o novo movimento para a segurança do doente substitui uma abordagem culpabilizante por um modelo em que se pressupõe que os humanos erram tendo por base a ideia de que a segurança depende da criação de um sistema que antecipe os erros e os previna ou intercete antes de causar dano ao doente.

É crucial para a segurança do doente e para a melhoria contínua dos cuidados prestados que, exista notificação e discussão acerca dos erros ocorridos. É através da identificação dos erros que, estes se podem estudar com vista às mudanças na prática para evitar erros futuros.

Nesta perspetiva, é fundamental inculcar nos profissionais uma cultura coletiva de prevenção dos eventos, utilizando uma abordagem pró-ativa, não punitiva e incentivando a sua notificação (Wachter, 2010).

De acordo com Paiva *et al.* (2014) o sistema de notificação é um processo que consiste em detetar e analisar eventos e situações de risco com o objetivo de melhorar a segurança do doente durante o internamento. No entanto, os mesmos autores referem que, em vários estudos se verifica que este tipo de sistema não plasma a

totalidade dos eventos que ocorrem nos hospitais devido à subnotificação pelos profissionais.

O sistema de notificação constitui-se em ações interligadas para detetar e analisar eventos e situações de risco com o objetivo de melhorar a segurança do doente durante o internamento (Clarke, 2006).

Estudos apontam que os aspetos que precisam ser melhorados nas instituições, em relação aos sistemas de notificação, são as respostas não punitivas e o número de eventos notificados.

Como refere o estudo da DGS e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) (2015), uma das causas da não notificação dos eventos pelos profissionais são, o sentimento de que os erros podem ser usados contra eles e, parecer que é o próprio que está a ser alvo de atenção e não o problema em si.

Estudar estas questões pode contribuir para a criação de estratégias que visem não só evitar futuras situações de eventos adversos, mas também como um estímulo à notificação pelos profissionais, contribuindo para a cultura de segurança do doente.

Nesta perspetiva, pretendemos estudar este tema com o objetivo de conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.

Assim, realizamos um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa.

Partimos da questão de investigação:

“Em que medida os enfermeiros aderem à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central?”

O presente trabalho está estruturado em quatro partes:

- Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico onde é feita uma breve abordagem conceptual sobre a temática da qualidade em saúde e segurança do doente e descreve-se a importância do sistema de notificação de eventos e os contributos da enfermagem nesta área;
- Na segunda parte é apresentada a metodologia utilizada na realização do estudo;
- Na terceira parte são apresentados, analisados e discutidos os dados;
- Na quarta parte são abordadas as considerações finais do estudo.



## 2. Enquadramento Teórico

---

### 2.1 – Qualidade em Saúde

Atualmente, a busca pela qualidade nos diversos serviços oferecidos à sociedade tem sido cada vez mais valorizada pelas instituições hospitalares.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 aponta que o desenvolvimento de programas que promovam a qualidade dos serviços de saúde deve constituir uma das preocupações das instituições, com o objetivo de oferecer uma assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação dos doentes em todos os níveis de cuidados (Portugal, 2012).

Nesta perspetiva, a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, o acesso e controlo dos custos surge como uma questão prioritária.

Assim, para garantir a qualidade dos serviços, foi necessário definir, compreender e quantificar indicadores apropriados ao âmbito da saúde.

A qualidade é definida pelo *Institute Of Medicine* (IOM), como a prestação de cuidados segura, eficaz, atempada, eficiente, equitativa e centrada no doente, o que, promove a melhoria do conhecimento, competências, medidas e implementação de mudanças nos sistemas (IOM, 1999).

No PNS 2012-2016 a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um elevado nível profissional, que tenha em conta os recursos disponíveis, conseguindo a adesão e satisfação dos cidadãos (Portugal, 2012).

Nas organizações de saúde, a satisfação das necessidades dos doentes tornou-se um critério obrigatório para atingir a qualidade dos seus serviços.

Nesta sequência, a ênfase dada à prestação de cuidados de qualidade levou à implementação de políticas de segurança centradas no doente. Este deve ser considerado a base da qualidade dos cuidados em saúde.

Também no PNS 2012-2016, é descrita como dimensão da qualidade em saúde, os cuidados centrados no doente. Além desta, salienta a importância de outras dimensões como: a efetividade; a eficiência; o acesso; a segurança; a equidade; a adequação; a oportunidade; a continuidade dos cuidados e o respeito mútuo (Portugal, 2012).

Nesta perspetiva, a qualidade é indissociável da segurança. Não existe qualidade sem segurança.

O PNS 2015-2020 preconiza que a melhoria contínua da qualidade aplicada à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquiza-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. Assim, o PNS visa melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade (Portugal, 2015).

De acordo com esta premissa, a qualidade e a segurança na prestação de cuidados constituem o principal e fundamental desafio das organizações de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2006), refere que os enfermeiros têm o dever de assegurar cuidados de excelência, em segurança, e promover um ambiente seguro. Acrescenta ainda, que a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

Nesta perspetiva, a enfermagem tem um papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos o que contribui para a qualidade e a segurança do doente.

O IOM (1999) estabeleceu como componentes essenciais para a qualidade em saúde:

Segurança - evitando danos colaterais para o doente;

Acesso a tempo - evitando atrasos;

Eficácia - baseada na evidência e voltada para os resultados;

Eficiência - evitando desperdícios;

Equidade - sem discriminação de doentes;

Centrado no doente - respondendo às necessidades de cada doente.

Donabedian (2003) desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade, de acordo com três componentes: estrutura, processo e resultado com o objetivo de melhorar a 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.

O PNS 2012, preconiza a avaliação da qualidade dos cuidados e dos serviços prestados integrando áreas como a informação, cuidados e apoio personalizados, garantia da qualificação e competência dos profissionais, gestão do risco, padrões de segurança e gestão adequada da organização (Portugal, 2012).

Deste modo, torna-se importante o desenvolvimento de instrumentos de padronização no que se refere a: procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições.

Torna-se então importante a criação de práticas seguras e de qualidade com ênfase na promoção da segurança do doente.

## **2.2 – Segurança do doente**

As questões sobre segurança do doente nos hospitais constituem uma preocupação a nível mundial e são frequentemente abordadas na comunicação social.

O relatório publicado pelo IOM (1999), veio mostrar a alta incidência de eventos evitáveis advindos do cuidado à saúde nos hospitais.

Nesta sequência, a WHO criou um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a segurança do doente nos serviços de saúde, definindo em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). Este grupo desenvolveu um documento “*Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff*”, no qual estão descritos sete passos, cada qual com a sua *checklist* que ajuda a planear as atividades e a medir o desempenho e a efetividade das ações adotadas para promover a segurança dos doentes, e promover a qualidade dos cuidados prestados. Os sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes são:

1. Construir uma cultura de segurança,
2. Liderar e apoiar os profissionais;
3. Gerir o risco de forma integrada;
4. Promover a notificação;
5. Envolver e comunicar com os doentes e público;
6. Aprender e partilhar lições de segurança;
7. Implementar solução para a prevenção de danos.

Desde então, sucessivas adaptações do documento com orientações específicas adaptadas a diferentes tipos de serviços, nomeadamente cuidados de saúde primários, saúde mental, prática em geral, têm sido publicadas, suportando o desenvolvimento da cultura de segurança (Castilho, 2014).

Nesta sequência, nos EUA, foi criada a *National Patient Safety Foundation* e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que uniram esforços na procura contínua de novas soluções e na definição de medidas que permitissem melhorar a segurança do doente.

A *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) criou a ponte entre os hospitais e os objetivos da segurança do doente. No Reino Unido foi criada a *National Patient Safety Agency* (NPSA), integrada no departamento de Saúde e um sistema de notificação com medidas de performance.

Todos os anos o *Programa de Segurança do Doente* lança diferentes programas para a melhoria da segurança do doente por todo o mundo. Em 2006, o Conselho Europeu reconhece a Segurança do doente como um princípio fundamental a todos os níveis de prestação de cuidados e com coordenação aberta a nível nacional e internacional (Council of Europe/ Committee of Ministers, 2006).

A partir daqui foram criadas, por todo o mundo, várias organizações de segurança do doente com sistemas de notificação, como por exemplo, na Dinamarca, Canadá, Espanha, Suécia e Suíça. Em alguns países, como é o caso da Austrália, a segurança do doente foi integrada nos programas políticos da área da saúde. Portugal não foi exceção, segundo o Ministério da Saúde, em 2009, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, onde foi integrada a segurança do doente. Neste Departamento, foi incluído um Programa Nacional para a Notificação de incidentes e de eventos adversos (DGS, 2012).

Sendo a segurança do doente uma preocupação para as organizações de saúde, é essencial alertar os profissionais de saúde, doentes e população em geral para esta temática.

De acordo com a WHO a segurança do doente é caracterizada pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde até o mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” refere-se ao viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou de outro tratamento (DGS, 2011).

Amado (2014) refere que a segurança do doente é tida como foco central da prática dos enfermeiros, pois são estes que mais tempo permanecem com o doente e mais facilmente identificam e previnem eventos.

Nesta perspetiva, a segurança do doente consiste em reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhoras práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o doente.

A União Europeia adotou, em 2009, uma Recomendação (2009/C 151/01) sobre a segurança do doente, na qual os estados membros são convidados a por em prática uma série de medidas com vista a minimizar os danos aos doentes que recebem cuidados de saúde. Nestas medidas está incluído o estabelecimento de sistemas de notificação e aprendizagem sobre eventos (União Europeia, 2009).

De acordo com o relatório de 2012 da referida Recomendação, os profissionais de saúde são incentivados a notificar eventos em quase todos os países onde existem sistemas de notificação e aprendizagem. Também é sugerida a recolha de informações sobre eventos através do desenvolvimento dos sistemas de notificação e aprendizagem, garantir um contexto não punitivo para a notificação de eventos e avaliar os progressos na notificação, ou seja, a taxa de notificação pelos profissionais de saúde, por outros trabalhadores do setor da saúde e pelos doentes (União Europeia, 2012).

Assim, é fundamental conhecer todo o contexto dos eventos, em que consistem e como se podem prevenir para deste modo contribuir para a gestão do risco, promovendo uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Ribas (2010), refere que a taxonomia dos eventos envolve a identificação, classificação e descrição das razões da ocorrência de falhas que ocorrem nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria da comunicação, entre todos os que se interessam e preocupam com a Segurança do Doente.

Nesta sequência, a utilização uniformizada de termos relacionados com os eventos, faz com que todos os profissionais utilizem a mesma linguagem e percebam o que cada um quer dizer e contribui para que, quem investiga os eventos, tenha a descrição mais correta do que ocorreu.

Assim, a WHO (DGS, 2011, p.15) definiu vários conceitos dos quais destacamos:

- *“**Ocorrência comunicável** é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente;*
- *Quase evento (**near miss**) é um **incidente** que não alcançou o doente;*
- ***Evento sem danos** é um **incidente** em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis;*
- *Incidente com danos (**evento adverso**) é um **incidente** que resulta em **dano** para o doente.”*

Para Duarte et al. (2015) é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os eventos são muitas vezes causados por falhas no sistema, e não pela intervenção do profissional.

Nesta perspetiva, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as “fragilidades” existentes no processo e adotar medidas preventivas.

Assim, é fundamental conhecer todo o contexto dos eventos, em que consistem e como se podem prevenir para deste modo contribuir para a gestão do risco, promovendo uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Nas organizações de saúde, os enfermeiros são o grupo profissional que, pelas características da sua profissão, permanece 24 horas junto dos doentes. Sendo os enfermeiros quem mais tempo permanece junto do doente, é importante o desenvolvimento de uma cultura de segurança que tenha por base a perceção dos eventos mais frequentes na sua prática (Amado, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros (2006), faz referência aos eventos adversos mais comuns em enfermagem, enunciando as quedas, os erros de terapêutica, as úlceras por pressão, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as readmissões, o que vai de encontro ao que refere a literatura.

Segundo dados da WHO (2008), a maior incidência de eventos ocorre com anestesia e cirurgia (48%), úlceras por pressão (10 a 14%), a utilização de fármacos (7,5 a 10,4%), infeções (5 a 10%), dispositivos médicos (6,3%), quedas (4,8 a 8,4%).

Fragata (2011), refere que os erros mais frequentes e importantes de referir são os erros de diagnóstico e de laboratório; erros de medicação; infeções nosocomiais (infeções urinárias associadas à algaliação, pneumonia associada ao ventilador, infeção por cateter central, infeções no local cirúrgico, infeções pelo uso prolongado de antibióticos) e por fim, erros na prática de cuidados gerais, como quedas de doentes e úlceras por pressão.

Também a DGS (2011), apresenta os tipos de incidentes mais comuns, sobre os quais se deve prestar maior atenção e consequentemente avaliar, de modo a contribuir para uma melhor prestação de cuidados:

- Processo/procedimento clínico;
- Documentação;
- IACS;
- Medicação/fluidos endovenosos;
- Sangue/hemoderivados;
- Comportamento;
- Dieta/alimentação;
- Oxigénio/gás/vapor;
- Dispositivo/equipamento médico;

- Acidentes do doente;
- Infraestrutura/edifício/ instalações;
- Recursos/ gestão organizacional.

Fragata (2009) afirma que “a gestão do risco clínico corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação dos cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos”.

Neste contexto, a gestão de risco, quando implementada de forma eficaz, apresenta-se como uma estratégia capaz de diminuir o risco de dano desnecessário ao doente e aumentar a segurança do doente.

Assim, o grande desafio da gestão do risco é o de criar soluções para que a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados sejam o centro da atividade assistencial.

Bruno (2010), afirma que a gestão do risco nas instituições hospitalares implica, para além de uma série de medidas tais como as auditorias clínicas, indicadores de qualidade e segurança, avaliações do risco, monitorização do risco, relatórios de manutenção, também inclui o registo de eventos.

Nesta sequência, um dos pilares dos processos de gestão de risco é utilizar e encorajar o relato e a investigação de eventos e, uma das estratégias é a notificação destes eventos, a análise e condutas decorrentes, para evitar novos eventos relacionados à mesma causa.

De acordo com Peralta (2012), a gestão de risco surge assim como um instrumento de controlo da qualidade que atua proactivamente ou preventivamente sobre a ocorrência de eventos. Para tal, assenta em três bases fundamentais: o registo de eventos; auditorias clínicas e revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino.

Assim, é fundamental recolher informações sobre eventos através do desenvolvimento dos sistemas de notificação e aprendizagem, garantir um contexto não punitivo para a notificação de eventos e avaliar a taxa de notificação pelos profissionais de saúde, por outros trabalhadores do setor da saúde e pelos doentes.

No Relatório de 2014, relativo à Recomendação 2009/C 151/01 da União Europeia, é reforçado o incentivo à notificação como instrumento para difundir uma cultura de segurança dos doentes. É também destacada a importância da atualização regular e a

divulgação da implementação e do funcionamento dos sistemas de notificação (União Europeia, 2014).

Nesta sequência, no referido relatório (União Europeia, 2014), também foram emitidas recomendações relacionadas com os sistemas de notificação de eventos nomeadamente:

1. Todas as pessoas que notifiquem um evento devem estar cientes de que beneficiam com essa notificação, uma vez que tal contribuirá para evitar a ocorrência de eventos potencialmente prejudiciais para si próprias e para a reputação das organizações a que pertencem.
2. Os quadros superiores dos sistemas de saúde e os prestadores de cuidados de saúde devem divulgar a mensagem de um «objetivo não recriminatório e não punitivo».
3. Devem ser transmitidas informações de retorno aos prestadores de cuidados de saúde sobre os resultados de um inquérito e as medidas preventivas adotadas.
4. A fim de promover a aprendizagem, os doentes e respetivos familiares devem estar autorizados a apresentar notificações separadamente do sistema de tratamento das reclamações.
5. Deve ponderar-se a introdução de alterações legislativas no que se refere à proteção das informações no caso dos relatórios de incidentes de órgãos judiciais ou policiais, uma vez que as informações são recolhidas para finalidades diferentes. As notificações devem ser tornadas anónimas, uma vez que tal facto indica claramente uma ausência de interesse pelo indivíduo, mas sim um interesse principal no incidente.

Já em 2005, a WHO referia que, o objetivo principal de sistemas de informação segurança do doente é aprender com a experiência. É importante notar que o relato em si não melhora a segurança. É a resposta aos relatórios que leva a mudar. Dentro de uma instituição de saúde, o relato de um evento grave ou "*near-miss*" grave deve acionar uma investigação aprofundada para identificar falhas de sistemas subjacentes e liderar os esforços para reformular os sistemas para prevenir a recorrência. O ponto importante é que um sistema de relatórios deve produzir uma resposta visível e útil pelo recetor para justificar os recursos gastos no relatório, ou, por falar nisso, para estimular os indivíduos ou instituições para relatório. O sistema de resposta é mais importante que o sistema de comunicação (WHO, 2005).

A formação dos profissionais de saúde, assim como dos gestores da saúde, deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente em ambiente hospitalar.

Esta formação permitiria passar da cultura da culpa, para a cultura da aprendizagem com os erros, o que implica uma alteração radical de mentalidades dos intervenientes nos sistemas de prestação de cuidados de saúde (Lima, 2011).

O sucesso da melhoria da segurança do doente depende do envolvimento de todos os profissionais, não só os envolvidos nos cuidados de saúde, com a colaboração dos próprios doentes, como também os administradores hospitalares e gestores do risco clínico. Logo, depende de todos e não apenas de alguns (Lima, 2011).

Para Wachter (2010), a base para um programa de segurança do doente são os sistemas de notificações voluntárias pois, podem conter informações relevantes acerca da estrutura, processo e resultados em saúde visto que, são realizadas por profissionais que prestam cuidados diretos e conhecem a situação clínica do doente o que, facilita a identificação de riscos e eventos que possam afetar a segurança e, pode aumentar a eficiência da organização na promoção da qualidade.

## **2.3 – Sistema de notificação de eventos**

De acordo com a Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009, nos hospitais dos Estados-Membros, calcula-se que entre 8 % e 12 % dos doentes internados sejam afetados por eventos ao receberem cuidados de saúde. No mesmo documento também é referido que, uma grande parte dos eventos pode ser prevenida (União Europeia, 2009).

Desta forma, torna-se um desafio o conhecimento da frequência, contexto, circunstâncias e consequências dos eventos, possível através da notificação do que de facto aconteceu.

Para responder a este desafio foram criados por todo o mundo sistemas de notificação, originalmente criados pela aviação e adaptados posteriormente à área da saúde (Carneiro, 2010).

Os sistemas de notificação têm como objetivo identificar os eventos, investigar e analisar os dados, compreender as causas e promover alterações necessárias para prevenir novos eventos.

De acordo com Leitão (2011) estas alterações no sistema permitem a redução da frequência dos eventos, ter acesso aos fatores de risco recorrentes, implementar medidas tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, emitir relatórios e dar conhecimento aos profissionais.

Quando bem implementados, os sistemas de notificação de eventos contribuem para uma cultura de partilha de informação e de aprendizagem, comunicação interdisciplinar, elevadas taxas de notificação e consciencialização dos profissionais (Serranheira et al., 2009).

Leitão (2011) define o sistema de notificação de eventos como um tipo de sistema de informação que depende dos profissionais para que se tenha conhecimento dos problemas de segurança, eventos adversos e *near miss* que ocorrem em situações de trabalho.

De acordo com a WHO (2005) os sistemas de notificação de eventos podem classificar-se em:

- Sistemas obrigatórios – relacionados com o registo de eventos graves, incluem: a morte inesperada, a morte do recém-nascido relacionado com o parto, reacção a transfusão sanguínea, cirurgia a parte errada do corpo, entre outros.
- Sistemas Voluntários - direcionados para a melhoria contínua da qualidade e segurança, e pretendem identificar a instabilidade do sistema e incluem eventos sujeitos a registos, como os “*near miss*”.

Para o IOM (1999), os sistemas voluntários vão servir de complemento aos sistemas obrigatórios.

Os sistemas voluntários permitem acesso a informação relacionada com eventos sem dano ou até “*near miss*”. Assim, ajudam a detetar falhas e a identificar soluções que permitam que se evitem situações idênticas, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Para Wachter (2010), um sistema de notificação de eventos tem como principais vantagens: a aprendizagem com os erros, deteção de potenciais futuros erros e a possibilidade de dar feedback sobre o que ocorreu. Para além disso, os sistemas voluntários anónimos podem ser universalmente aplicados e evitam situações onde o profissional que notifica é culpabilizado por algum evento.

Wachter (2010) refere também que os sistemas institucionais de notificação voluntária são os mais comuns.

Esta opção deve ser preferencial, no entanto, pode não permitir uma colheita de dados que vá de encontro ao que se passa na realidade pois, o número de eventos

notificados pode não espelhar o número de eventos nem a mortalidade que ocorre (Leitão, 2011).

Kalsing (2012) reforça esta ideia referindo que, apesar de a notificação voluntária ser o método mais simples, eficaz e de menor custo para obter informação acerca dos eventos, como se trata de uma fonte de informação espontânea, tem como desvantagem a subnotificação.

Milagres (2015) realça o facto do processo de notificação ser informatizado referindo que, alguns estudos consideram que constitui uma estratégia importante para o aumento no número de notificações e a melhoria da qualidade destas notificações.

Um estudo realizado por Capucho (2012), demonstrou que as notificações encaminhadas por sistemas eletrónicos são mais vantajosos do que os manuscritos pois a sua utilização gerou um aumento do número de notificações em 58,7%, maior qualidade dos relatos e eliminação da ilegibilidade e de rasuras.

Desta forma, a implementação deste sistema, constitui a base para a cultura de segurança do doente, sendo uma estratégia viável e necessária para a gestão de riscos e qualidade dos cuidados prestados.

Capucho, Arnas & Cassiani (2013) acrescentam que o sistema informatizado reduz o tempo de chegada da informação; diminui a possibilidade de extravio e perda de informações; elimina a necessidade de espaço para arquivo físico; além de permitir fácil acesso às informações e a análise de indicadores de gestão.

A redução do tempo consumido com o envio da notificação aumenta a participação dos profissionais de saúde. A utilização de um sistema informatizado de notificação, em plataforma web, possibilita que qualquer pessoa com acesso à internet faça uma notificação (Capucho, Arnas & Cassiani, 2013).

De acordo com Amado (2014), a existência de um ambiente seguro e de um sistema de notificação dos eventos sem a culpabilização e com a criação de uma cultura de segurança, são algumas das soluções para evitar eventos adversos nomeadamente, os relacionados com a medicação.

Vários autores apontam algumas razões que dificultam a notificação dos eventos, nomeadamente o medo da ação disciplinar, de eventuais litígios, da quebra de confidencialidade, aliado à vergonha, à dificuldade em reconhecer que ocorreu um erro, às limitações de tempo, à noção que não existirá feedback e que nada irá mudar (Castilho, 2014).

Torna-se então, essencial estimular e orientar os relatórios de notificação, para que os profissionais saibam “onde”, “quando”, “como” e “o que” notificar, promovendo um

ambiente de confiança e consciencialização das implicações em toda a organização de saúde.

A *World Alliance for Patient Safety* da WHO (2005) enuncia alguns sistemas de notificação, uns desenvolvidos por organizações governamentais como o *National Reporting and Learning System* em Inglaterra e no País de Gales, os da Dinamarca, da Republica Checa e Suécia. Por outro lado, o *Australian Incident Monitoring System* patrocinado pelo *Australian Patient Safety*, e a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Sentinel Events Reporting System*, foram desenvolvidos no sector não-governamental ou privado.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade determinou que fosse criado um sistema de notificação não punitivo e que permita que se aprenda com os erros, o qual é designado atualmente por “*Notific@*”. Neste Programa, um dos objetivos estratégicos que visa atingir é: assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes (Portugal, 2012).

No entanto, a subnotificação é um problema quer a nível internacional, quer a nível nacional pelo que, é fundamental que as instituições melhorem a notificação de eventos.

Corroborando, um estudo realizado por Capucho (2012) demonstra que 70% dos profissionais entrevistados concordaram que uma carta de feedback sobre as etapas que se seguiram, após a realização de uma notificação, pode estimular o profissional a notificar novamente.

Para Capucho, Arnas & Cassiani (2013), a principal dificuldade da notificação voluntária é a subnotificação, que ocorre por diversos fatores, entre eles o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, e que é muito comum em vários países.

A este propósito, o relatório da AHRQ (2014) “*User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture (2014)*” refere que 50% dos 405.281 profissionais de saúde que responderam ao questionário sentem que os seus erros são usados contra eles, 35% temem que erros cometidos por eles sejam mantidos no arquivo pessoal e 64% consideram que os erros levaram a mudanças positivas na instituição.

Em relação a Portugal, o relatório do estudo da DGS & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) “*Segurança do Doente: avaliação da cultura nos hospitais*” de 2014, refere que 33% dos 17928 profissionais de saúde que responderam ao questionário sentem que os seus erros são usados contra eles, 13%

temem que erros cometidos por eles sejam mantidos no arquivo pessoal e 53% consideram que os erros levaram a mudanças positivas na instituição (DGS & APDH, 2015).

Para Silva et al. (2011), a subnotificação dos eventos relacionada ao medo da punição, pode limitar a efetividade da notificação dos eventos e a avaliação da qualidade.

Além disso, a subnotificação também pode estar relacionada com a dificuldade em relatar o evento, com a extensão e a natureza do que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, a existência de incentivos e de obstáculos.

Verifica-se também que ainda predomina a percepção de que falhas na segurança do doente resultam apenas em ações punitivas para o profissional, o que impede que o assunto seja discutido com o objetivo de melhorar o cuidado de saúde e à redução de riscos para o doente (Rigobello et al., 2012).

Também Claro et al. (2011), num estudo realizado acerca da percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva relacionada com os eventos adversos, constataram que a maioria dos enfermeiros participantes (71,4%) percebe a existência de subnotificação de eventos adversos nas suas unidades de trabalho e que os motivos estão relacionados com: a sobrecarga de trabalho (25,2%); o esquecimento (22,6%); a não valorização dos eventos adversos (20,0%); sentimentos de medo (15,7%); vergonha (11,3%) e outros (5,2%).

Atualmente, o movimento para a segurança do doente substitui os sentimentos de culpa e vergonha por uma nova abordagem, a de repensar os processos assistenciais, visando antecipar a ocorrência de eventos (Wachter, 2010).

Neste contexto, algumas estratégias como a garantia do anonimato e da confidencialidade podem ser utilizadas para aumentar a confiança dos profissionais nos sistemas de notificação. À medida que os sistemas sejam capazes de proteger os dados e garantir que não serão divulgados publicamente, haverá maior possibilidade de envolvimento dos profissionais (Andrés, 2009).

Wachter (2010) cita a ARHQ que refere que, um sistema de notificação ideal deveria ter determinadas características, das quais destacamos:

- Cultura de justiça – quem notifica deve ser protegido, na medida do possível, de implicações legais;
- Aspectos relacionados com a responsabilidade do evento devem ser claros e precisos – limitados à negligência, intenção, violação;

- Opção para notificação anónima ou confidencial.

As instituições devem fazer um esforço para definir políticas que transmitam confiança aos profissionais e abordem aspetos como o apoio aos profissionais que notificam eventos. Por este motivo, é necessário não só desenvolver sistemas de comunicação voluntária, anónima, confidencial, não punitivo, a qual requer um maior empenho dos profissionais, como também devem existir uma preocupação com a proteção dos profissionais a nível legal (Wachter, 2010).

## 3. Metodologia

---

Na opinião de Fortin (2009) a Fase Metodológica “(...) diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador sobre a maneira de responder às questões de investigação (...)”

No decurso da fase metodológica “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2009).

### 3.1 – Objetivo Geral

- Constitui objetivo geral deste estudo, conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.

### 3.2 – Objetivos Específicos

- Apurar a frequência de registos de eventos num hospital central.
- Apurar quais são as barreiras ao registo / notificação do evento pelo enfermeiro no serviço de internamento hospitalar e unidade de cuidados intensivos.
- Avaliar as opiniões dos inquiridos sobre o grau de segurança que atribuem ao seu hospital.
- Avaliar a opinião dos inquiridos sobre o sistema de notificação implementado no hospital.

### 3.3 – Questão de investigação

- Em que medida os enfermeiros aderem à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central?

### **3.4 – Tipo de estudo**

Para a realização desta investigação, optou-se por um estudo de carácter quantitativo. Polit, Beck e Hungler (2004), referem que a pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana, enquadrando-se no paradigma positivista onde se realça a regularidade dos factos e a objetividade na colheita e análise dos dados.

Trata-se de um estudo descritivo pois segundo Fortin (2009), os estudos descritivos têm como finalidade descrever as características dos indivíduos estudados e determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa população.

É um estudo exploratório (não experimental) pois, pretendemos compreender melhor o fenómeno de registo/notificação de eventos, sobre o qual existem poucos estudos.

Os objetivos e resultados da investigação apoiam, fundamentam e justificam o objetivo geral do trabalho e podem contribuir para criação de estratégias que visem evitar futuras situações de eventos no hospital.

### **3.5 – Variáveis em estudo**

De acordo com Fortin (2009), as variáveis podem englobar características de pessoas, objetos ou de situações estudadas numa investigação. Polit, Beck e Hungler (2004, p. 46), acrescentam que variável é “qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores”.

A variável dependente é a que depende dos procedimentos da investigação, conotando-se diretamente com as respostas que se procuram. Polit, Beck e Hungler (2004), referem que variável dependente é aquela que o investigador pretende compreender, explicar ou prever no seu estudo.

As variáveis dependentes, subordinam-se às variáveis independentes, alterando-se à medida que o investigador modifica as condições de investigação. No presente estudo a variável dependente é: adesão dos enfermeiros à notificação de eventos.

A variável independente é aquela que é autónoma dos procedimentos da investigação, constituindo no entanto um fator que a vai influenciar. Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009), referem que a variável independente é aquela que o investigador manipula para observar qual o efeito produzido na variável dependente.

Neste estudo, as variáveis independentes são: a idade (medida em anos inteiros) e sexo (feminino ou masculino).

### **3.6 – População / Amostra**

População para Fortin (2009), define-se como um conjunto de elementos com características comuns e que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. Grupo a quem se aplicam os resultados do estudo.

Neste estudo, a população é representada por todos os enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos do hospital central, tendo como critério de exclusão a investigadora que faz parte da equipa de um desses serviços de internamento. Assim, é constituída por 332 enfermeiros.

Escolhemos este grupo profissional pois, exercemos funções de gestão de enfermagem e, os enfermeiros intervêm na prestação direta de cuidados aos doentes; têm conhecimento dos eventos adversos que acontecem e o registo dos eventos adversos depende destes profissionais.

Temos consciência que o facto de exercermos funções no hospital central pode limitar de algum modo este estudo mas, para ultrapassar este eventual viés, introduzimos um procedimento de recolha de dados que contribui para diminuir esta limitação.

A amostra consiste numa parte de uma população sobre a qual se faz o estudo de acordo com Fortin (2009, p. 312). A técnica de amostragem aplicada neste estudo é por conveniência não probabilística pois, como refere Fortin (2009, p.31) os elementos da população não têm todos a mesma possibilidade de ser escolhidos para a amostra. Neste trabalho, a amostra é constituída por todos os enfermeiros que se encontravam ao serviço no período que decorreu entre 21 de Dezembro de 2015 e 31 de Janeiro de 2016, que corresponde a 289 enfermeiros.

Assim, atendendo aos critérios, foram distribuídos 289 questionários. Responderam de forma voluntária 154, que correspondem a 53% da amostra, nenhum foi anulado.

### **3.7 – Instrumento de recolha de dados**

Com o presente estudo pretende-se conhecer se os enfermeiros registam ou não os eventos adversos e, se não registam porque é que o fazem. Também pretendemos

conhecer qual o grau de segurança do doente que os enfermeiros atribuem ao seu serviço no hospital e se concordam com o sistema de notificação implementado no hospital. Para concretizar este propósito, o instrumento escolhido para a recolha dos dados foi o questionário.

Fortin (2009), define questionário como sendo um método de recolha de dados, preenchido pelos participantes do estudo a um conjunto de questões formuladas. Segundo a mesma autora, os inquiridos sentem-se mais seguros e exprimem mais livremente as suas opiniões individuais quando utilizado este método.

Neste estudo, o instrumento utilizado para a recolha de dados foi a técnica de inquérito por questionário. Utilizamos o questionário aplicado no estudo de Paula Bruno (2010) “Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal”, a quem solicitamos autorização para a sua aplicação no nosso estudo (Anexo I). De referir que, no estudo de Paula Bruno, o questionário foi validado e aplicado a médicos e enfermeiros de serviços de especialidades médicas e cirúrgicas de quatro hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Foi utilizado este questionário de modo a assegurar um bom nível de fiabilidade e validade.

O questionário (Anexo II) inclui questões fechadas, com alternativas de resposta e é autoadministrado, coube ao inquirido ler as questões e responder com total confidencialidade e anonimato, sendo este um forte motivo de opção da investigação por questionários já que algumas das questões colocadas são sensíveis. Do ponto de vista da estrutura as questões colocadas são dicotómicas e de escolha múltipla.

Foram realizadas algumas adaptações de forma a adequar o questionário ao hospital em causa. Assim, foram excluídas algumas questões:

- A questão 1 que se refere à classe profissional dos inquiridos uma vez que, o questionário aplicado neste estudo, se destina apenas aos profissionais de enfermagem;
- A questão 4, em que os inquiridos devem responder relativamente ao programa de acreditação existente no hospital onde exercem funções visto que, no hospital onde se aplicou o estudo ainda não foi implementado qualquer programa de acreditação;
- A questão 11 pois, está relacionada com questões legais e jurídicas, e para efeito do estudo em causa não mostra interesse;
- As questões 12, 13 e 14 estão relacionadas com o sistema de notificação nacional e, no nosso estudo pretendemos conhecer a opinião dos enfermeiros acerca do sistema de notificação existente no hospital.

Relativamente às questões 3 e 6 relacionadas com a adesão dos enfermeiros à notificação, apresentamos seguidamente os respetivos valores de consistência interna. De acordo com Hill & Hill (2012) o coeficiente alpha de Cronbach é uma medida usada para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens)". Para ser considerado como um indicador de boa consistência interna deve ser superior a 0,7.

A questão 3 relacionada com a “frequência de notificação de acordo com o evento”, é composta por 5 itens e tem valor de consistência interna de 0,787 (quadro 2):

Quadro 3.1 – Consistência interna da “frequência de notificação de acordo com evento”

Alfa de Cronbach	N de itens
0,787	5

Em cada item tem uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 a 5), seguindo cinco descritores no que respeita à frequência: “nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre”. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 257), escala tipo Likert “consiste de várias afirmações declaratórias (ou itens) que expressam um ponto de vista sobre um assunto”.

A questão 6 relativa a “motivos para não notificar”, é composta por 13 itens com valor de consistência interna de 0,899 (quadro 1):

Quadro 3.2 – Consistência interna da questão 6 “Motivos para não notificar”

Alfa de Cronbach	N de itens
0,899	13

Em cada item tem uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 a 5), seguindo cinco descritores no que respeita à concordância: “discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente”.

A aplicação dos questionários, que decorreu no período de 21 de Dezembro de 2015 a 31 de Janeiro de 2016, foi efetuada com a colaboração dos enfermeiros chefes dos serviços onde foi realizado o estudo, na distribuição e recolha dos questionários.

Para a recolha dos dados, os questionários foram entregues à enfermeira chefe de cada serviço que, por sua vez, entregou a cada enfermeiro do seu serviço. Cada questionário preenchido foi colocado num envelope fechado, pelo próprio enfermeiro, numa caixa selada, de forma a garantir o anonimato dos respondentes. Semanalmente, a investigadora passou por cada serviço para relembrar o preenchimento dos questionários. A recolha dos questionários respondidos foi efetuada no final do período de aplicação dos questionários.

### **3.8 – Análise dos dados**

Para Fortin (2009) o tratamento estatístico refere-se à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas. A escolha de testes estatísticos, depende, em grande parte, da função que as variáveis preenchem numa investigação (Fortin, 2009). No caso do presente estudo, as variáveis têm como função descrever as características da amostra junto da qual foram recolhidos os dados. Assim, as análises descritivas tais como a média, a moda, a variância e o desvio padrão, são os principais indicadores que permitem resumir os dados. Por outro lado, também as variáveis relacionadas com o fenómeno, serão analisadas pelo método descritivo com vista ao relato dos procedimentos relacionados com os eventos adversos.

Depois da recolha dos dados, estes foram analisados, organizados e tratados tendo por base os objetivos e as variáveis em estudo.

O tratamento estatístico é o método mais adequado para a análise e interpretação dos dados obtidos. Para tal, foi utilizado o recurso a técnicas de análise estatística descritiva, com o *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.

A estatística descritiva tem por objetivo a descrição dos dados, ou seja, permite descrever as características da amostra na qual estes foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis (Fortin, 2009). Na presente investigação foram utilizadas medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão, variância, mínimo e máximo).

### 3.9 – Considerações éticas

A investigação é importante para o avanço dos conhecimentos científicos no entanto, é essencial a salvaguarda do respeito pelos direitos fundamentais das pessoas, quando esta é efetuada em seres humanos. Nestes direitos está a noção de consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido e, essencial em qualquer investigação.

Para a realização da investigação, foi aplicado um questionário, que foi aplicado no estudo de Bruno (2010) *“Registo de incidentes e eventos adversos”*, a cada participante. Como folha de rosto foi facultada uma breve introdução sobre a investigação realizada, qual o objetivo do estudo, o apelo à participação, orientações sobre o preenchimento do questionário e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Como o questionário só foi preenchido se o enfermeiro assim o quis e, foi o próprio que o colocou numa caixa fechada, assume-se que quem preencheu os questionários aceitou participar no estudo. Assim, não foi utilizado um documento escrito para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento.

Inicialmente foi realizado o pedido de autorização formal à autora do questionário para a sua utilização, tendo sido obtido o seu consentimento (Anexo I).

Antes de se iniciar o estudo, foi solicitada a autorização formal para a aplicação do questionário à Senhora Enfermeira Diretora do Hospital Central, através de um requerimento acompanhado do questionário em questão e dos objetivos do estudo, garantindo sempre o anonimato dos participantes, a confidencialidade e no final do estudo a disponibilização dos resultados (Anexo III).

Só após aprovação da Direção de Enfermagem do Hospital Central (Anexo IV), iniciamos a recolha de dados.



## 4. Apresentação, análise e discussão dos resultados

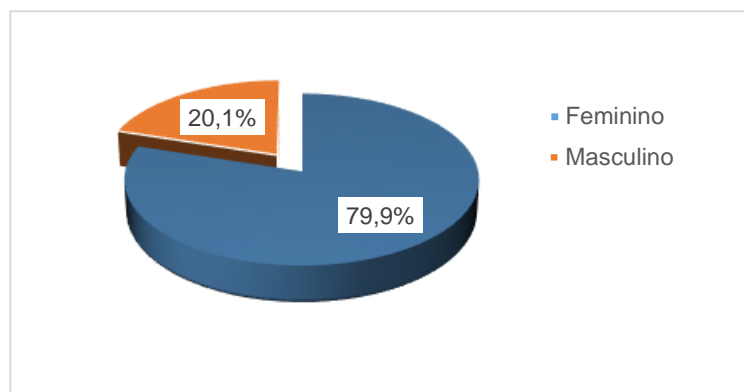
---

De seguida procede-se à caracterização da amostra, mostrando como esta se organizou. Segue-se a análise descritiva dos resultados das variáveis em estudo e posteriormente à apresentação da análise inferencial dos resultados obtidos. Para uma melhor interpretação, estes serão apresentados em forma de quadros e precedidos de uma breve análise.

Dos 289 questionários inicialmente entregues nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos do hospital central, responderam 154 enfermeiros, representando 53% da população alvo.

No gráfico 1 apresentamos a distribuição da amostra segundo o sexo:

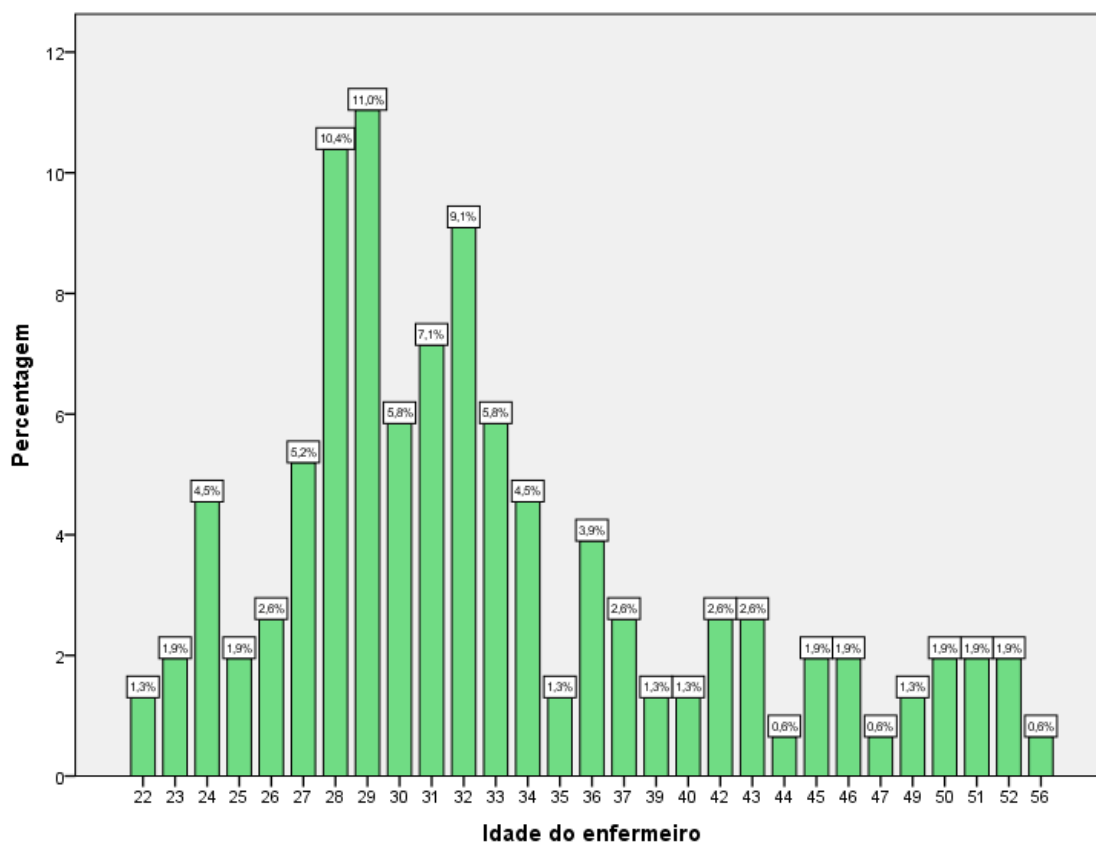
Gráfico 4.1. Distribuição segundo o sexo



Da análise do gráfico 4.1 verifica-se que num total de 154 inquiridos que colaboraram no estudo, 79,9% (123) são do sexo feminino e 20,1% (31) são do sexo masculino. A amostra é constituída na sua maioria por enfermeiras, sendo esta distribuição característica do universo da enfermagem em Portugal.

Em relação à variável idade, conforme se expõe no gráfico 2, observou-se uma idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 56 anos. A média encontra-se nos 33,35 anos. Verificamos que a maioria, 72,7% tem idade inferior a 35 anos.

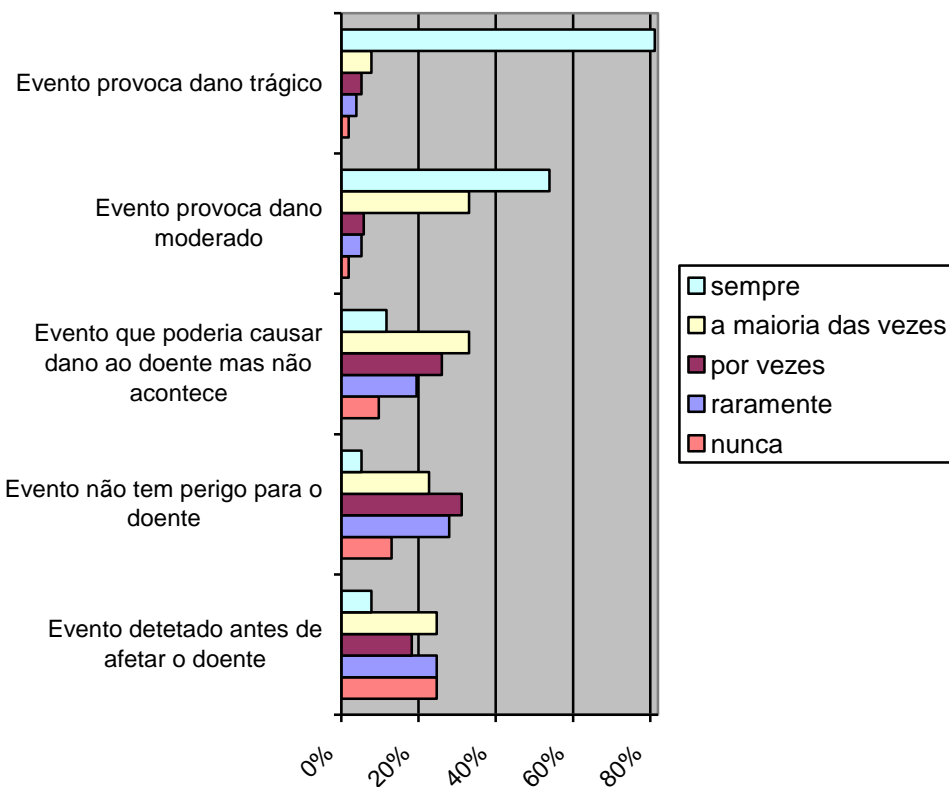
Gráfico 4.2. Distribuição segundo a idade



Da análise do gráfico verificamos que 95,5% da amostra tem menos de 50 anos de idade, o que nos permite demonstrar que se trata de uma população jovem.

No gráfico 4.3 apresentamos a frequência com que os eventos são notificados. Foi efetuada análise tendo em conta a Escala de Likert, em que 1 corresponde a Nunca; 2 – Raramente; 3- Por vezes; 4 – A maioria das vezes; 5- Sempre.

Gráfico 4.3. Frequência da notificação tendo em conta o tipo de eventos



Verifica-se que o evento notificado com maior frequência pelos inquiridos é “O dano é trágico (morte, incapacidade)”, com 81,2%.

Estes resultados vão de encontro aos dos estudos de Bruno (2010) e de Lima (2011), nos quais também se verificou que, quanto mais grave é o evento maior é a frequência da notificação. Os enfermeiros registam mais frequentemente os eventos adversos como a morte, incapacidade ou dano.

Bruno (2010) afirma que “(...)os inquiridos registam mais os eventos adversos graves morte, incapacidade, dano, do que os incidentes não prejudiciais ou situações de risco”.

De acordo com os valores divulgados pela NPSA (2015), entre Abril e Junho de 2015, foram relatados 452.526 incidentes, dos quais 2.715 (0,6%), resultaram em dano severo ou morte.

Em Portugal, no estudo desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública (2011), sobre eventos adversos em hospitais portugueses, pode constatar-se que quanto ao “Impacto do evento adverso” (dano e incapacidade) em “10,8% ocorreu óbito”, sendo que “61% não causou qualquer tipo de dano ou verificou-se dano mínimo”.

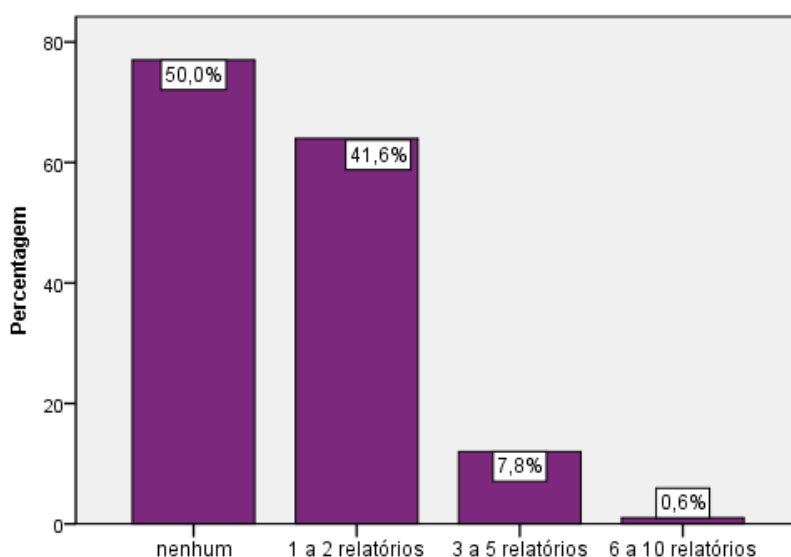
No nosso estudo verificou-se que, os profissionais efetuam com maior frequência a notificação quando o evento é grave e trágico, apesar de ocorrerem com maior frequência eventos que não prejudicam o doente. Tal facto poderá indiciar uma subnotificação de ocorrência de situações menos graves.

De acordo com Milagres (2015), tão importante quanto notificar o evento é notificar o “near miss” ou quase erro, que se manifesta de forma latente e que, se não for tratado, pode transformar-se num evento adverso, causando danos ao doente e comprometendo a qualidade e segurança do cuidado.

Torna-se então fundamental que, da política organizacional do hospital em causa, faça parte uma política de gestão de erro e o hábito de notificar todas as situações que ocorram fora do previsto, para que a comissão de gestão do risco possa analisar e avaliar o evento e a sua trajetória, a fim de se encontrarem estratégias de prevenção e os meios adequados que permitam que os eventos não se transformem em grandes acidentes.

Relativamente aos registos efetuados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses, verificamos no gráfico 4.4 seguinte que 50% não notificou qualquer evento nos últimos 12 meses. No entanto constata-se que a percentagem de notificação é mais elevada aquando da ocorrência de 1 a 2 eventos com 41,6%:

Gráfico 4.4. Número de relatórios de eventos ocorridos nos últimos 12 meses



É de salientar que, não houve enfermeiros que relatassem mais de 10 eventos nos últimos 12 meses.

Estes resultados vão de encontro a vários estudos realizados recentemente citados por Lima (2011), os quais apontam que pelo menos 10% dos doentes admitidos nos hospitais vão sofrer danos decorrentes da prestação de cuidados mas que, poucos profissionais registam os eventos adversos ocorridos.

No seu estudo, Bruno (2010) conclui que “relativamente à frequência dos registos pelos inquiridos nos últimos doze meses, concluímos que é muito baixa, pois metade dos inquiridos não registou nenhum incidente”.

Também os dados apontados pelo relatório “2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture” da AHRQ (2014), no qual o banco de dados, em março de 2014, era composto por 405.281 inquiridos de 653 hospitais, sendo 35% profissionais de enfermagem, e que concluiu que mais da metade dos inquiridos (56%) não relatou eventos no seu hospital ao longo dos últimos 12 meses.

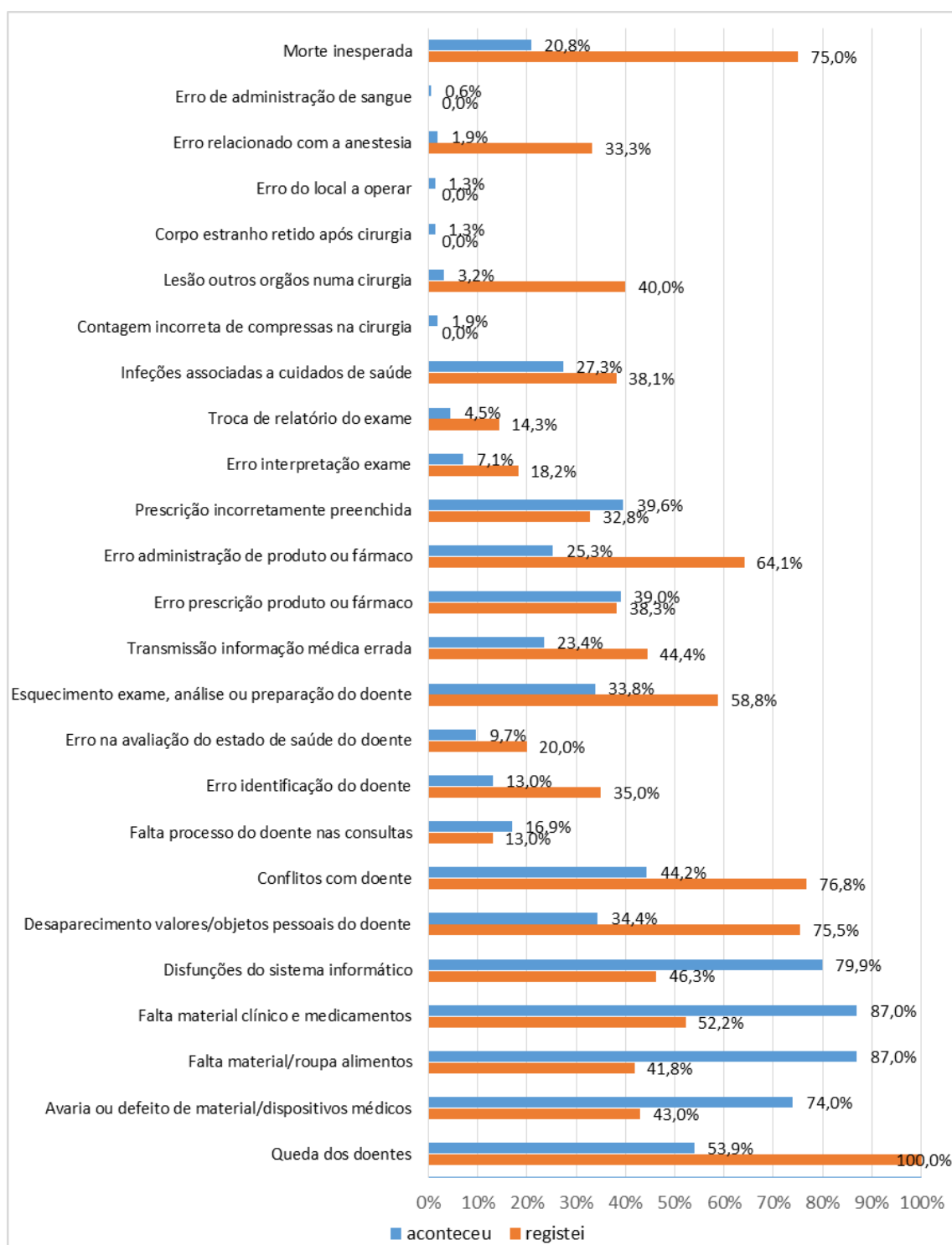
No relatório do estudo da DGS e APDH (2015), cuja amostra era composta por 17928 respostas de profissionais, sendo 41,2% enfermeiros verificou-se que, 63% dos profissionais refere não ter realizado qualquer notificação nos últimos 12 meses e 36% refere que efetuou 1 ou mais relatórios.

Seguidamente procedemos à análise dos eventos ocorridos com os inquiridos, registados e não registados:

Da lista dos 25 eventos (pergunta 5 do questionário), foi sugerido aos inquiridos que seleccionassem os que **aconteceram** no seu local de trabalho, seguido da pergunta **se os registaram por escrito**.

No gráfico 4.5 apresentamos a frequência de registos de eventos que aconteceram com os enfermeiros (consideramos apenas o número de inquiridos que responderam – “já aconteceu no local de trabalho”, para apurar a percentagem de registos efetuados):

Gráfico 4.5. Eventos que aconteceram e foram registados



Constata-se que, os eventos que **aconteceram** com maior frequência foram a *“falta de material clínico e medicamentos”* e *“Falta de material/roupa alimentos”* ambos referidos por 87% dos inquiridos; as *“disfunções do sistema informático”* referidas por

79,9% e; a *“avaria ou que aconteceu com menor frequência foi “erro de administração de sangue”* com 0,6% que corresponde a 1 inquirido.

Como refere a DGS (2011), relativamente aos eventos mais comuns e sobre os quais se deve prestar atenção e dos quais realçamos os relacionados com processo/procedimento clínico, medicação/ fluidos endovenosos, dispositivo/equipamento médico, recursos/ gestão organizacional.

Neste estudo, também se verifica que, dos eventos relacionados com questões organizativas (erro na identificação do doente, falta do processo do doente nas consultas, disfunções do sistema informático, esquecimento de exame, análise ou preparação do doente, troca de relatório do exame) apresentam percentagens de ocorrência abaixo dos 20%, com exceção do “esquecimento de exame, análise ou preparação do doente” 33,8% e “disfunções do sistema informático” com 79,9%.

Bruno (2010), verificou no seu estudo que, os eventos que mais ocorrem estão relacionados com questões organizativas.

Os eventos que **aconteceram e foram registados** com maior frequência, realçamos a *“queda”* com 100%; *“conflitos com o doente”* 76,8%; e *“desaparecimento de valores/ objetos pessoais do doente”* 75,5%. Os eventos que aconteceram e foram registados com menor frequência, foram *“contagem incorreta de compressas na cirurgia”*, *“corpo estranho retido após cirurgia”*, *“erro do local a operar”* e *“erro de administração de sangue”*, todos com 0%, ou seja, nenhum inquirido registou qualquer destes eventos.

Dos resultados obtidos, há a realçar o evento *“queda dos doentes”* que constitui um fator importante de análise, visto ser um evento que tem uma percentagem de registo da ocorrência de 100% neste estudo, ou seja, todos os inquiridos com quem aconteceu o evento registaram-no.

No seu estudo, Bruno (2010) verificou que as quedas dos doentes forma registadas por 63% dos inquiridos com quem aconteceu o evento.

A WHO (2008) faz referência à incidência de alguns eventos adversos, entre os quais as quedas nos hospitais com valores de 4,8% a 8,4% de quedas por 1000 doentes/dia.

Sendo um fator que acontece com frequência no hospital, este resultado revela a importância que os enfermeiros dão à notificação da queda do doentes e vai de encontro à política do hospital, uma vez que o hospital em estudo, possui um projeto da qualidade nesta área e, estes dados são enviados à Direção dos Serviços de Enfermagem do hospital que trata estes dados e elabora anualmente um relatório do qual dá conhecimento a todos os profissionais, através de publicação na intranet do

hospital e envio a todos os enfermeiros chefes do hospital que reencaminham para todos os enfermeiros das respectivas equipas.

Estes resultados vão de encontro ao que refere Wachter (2010), sobre a importância que constitui o feedback aos profissionais acerca das providências tomadas após a notificação de um evento adverso, o que estimula os profissionais a notificar.

Os resultados de vários estudos também apontam para que, o feedback dado aos profissionais sobre o que acontece após a notificação do evento adverso e as melhorias implantadas, estimula os profissionais a notificar (Milagres, 2015).

Nesta perspetiva, o feedback constitui um estímulo à melhoria do processo de notificação, uma vez que o profissional recebe o retorno sobre a conduta que foi estabelecida após a sua notificação e se suas ações são apropriadas ou não, o que o faz sentir como parte importante do processo.

Em relação ao hospital em estudo, pensamos que a realização de relatórios anuais sobre a ocorrência de quedas nos doentes, é um fator que contribui para a notificação deste evento.

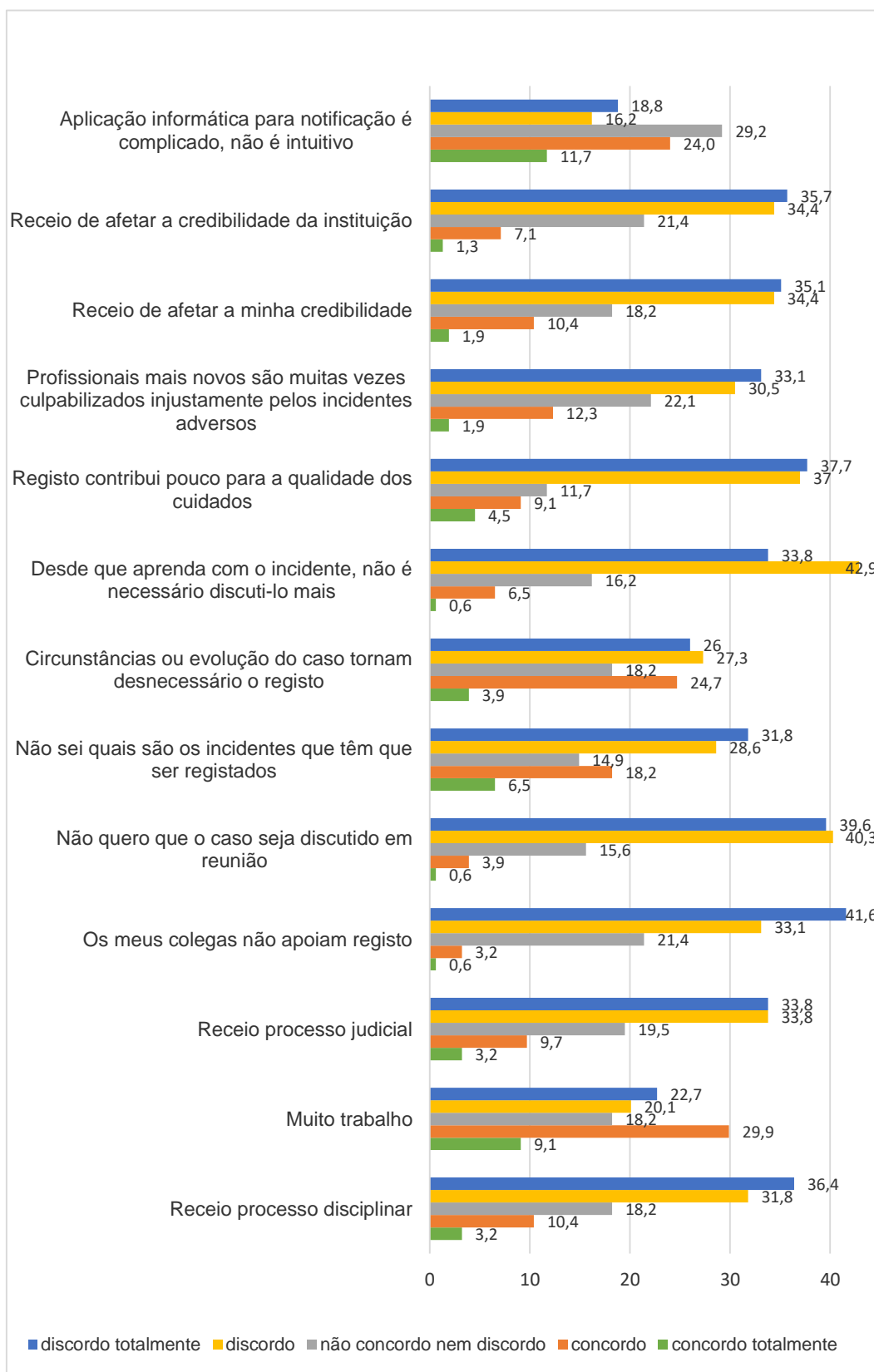
No entanto, como refere Bruno (2010) e, verificamos no nosso estudo:

- Apesar de todos os eventos selecionados, ocorrerem na instituição hospitalar, estes nem sempre são acompanhados de registo pelos inquiridos;
- Constatamos que os eventos relacionados com falhas no sistema ocorrem com maior frequência nomeadamente, a disfunção do sistema informático, falta de material, avaria de material, desaparecimento de objetos e valores, falta de material clínico e medicamentos;
- Relativamente aos eventos graves, ocorrem com menor frequência tais como o erro do local a operar, corpo estranho retido após a cirurgia, erro relacionado com anestesia, erro de administração de sangue.

No gráfico 4.6 apresentamos as causas pelas quais os profissionais de enfermagem inquiridos **não registam os eventos/ocorrências**.

Foi efetuada a análise tendo em conta a Escala de Likert, em que 1- corresponde a Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente:

Gráfico 4.6. Motivos para não notificar



Verifica-se que as principais razões apontadas pelos inquiridos para não registar os eventos são: “Quando há muito trabalho esqueço-me de registar” (39%); “As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo” (28,1%) e “A aplicação informática para notificação é complicada, não é intuitiva” (35,7%).

Estes resultados vão de encontro ao que constatou Claro et al. (2011) na sua pesquisa sobre subnotificação de eventos adversos, na qual a maioria dos enfermeiros participantes do estudo (71,4%) percebe a existência de subnotificação de eventos adversos nas suas unidades de trabalho e os motivos que evocam são: sobrecarga de trabalho (25,2%), esquecimento (22,6%), não valorização dos eventos adversos (20,0%), sentimentos de medo (15,7%), vergonha (11,3%) e outros (5,2%).

Relativamente ao motivo “Não sei quais são os incidentes que têm que ser registados”, apontado por 24,5% dos inquiridos, significa para nós que há necessidade de implementação de uma cultura de segurança do doente pois, conforme refere Capucho (2012), para melhorar a notificação de eventos adversos é necessário esclarecimento de quais os incidentes que devem ser relatados, que o processo de notificação deve ser simples e acessível e deve ser dado feedback aos profissionais.

A este respeito, Leitão (2011) refere que os sistemas devem traduzir, pelo menos a maioria dos incidentes e *near-misses*. Os dados devem ser colhidos de modo a que os profissionais se sintam motivados a notificar, num clima de confiança e de perceção do que implica para as organizações de saúde, aumentando assim as notificações.

Por outro lado, a mesma autora também refere que, para simplificar a notificação de eventos adversos, poderão ser dados aos profissionais exemplos práticos de situações que devem ser notificadas e que estão dirigidas aos objetivos do sistema.

A ocorrência de um evento adverso, deverá constituir-se como uma oportunidade de identificar os problemas que estiveram na sua origem e implementar as mudanças necessárias.

A este respeito, Lima (2011) realça que errar é humano e que, todos erramos mas, temos a capacidade de aprender com os erros e alterar e melhorar o nosso comportamento, a nossa forma de atuar, enquanto profissionais, perante determinada situação.

Nesta perspetiva, com os incidentes e *near-misses* também aprendemos pelo que, é importante notificá-los para serem analisados por peritos.

Bruno (2010) no seu estudo refere que os profissionais de saúde são unânimes na necessidade das organizações terem sistemas de notificação realçando que devem ser confidenciais e não punitivos o que, contribui para a adesão dos profissionais.

Milagres (2015) refere também que, um instrumento de notificação padronizado beneficia o processo de notificação. As orientações recebidas e o fácil acesso ao sistema também são apontados como facilitadores da notificação.

Também é importante que os profissionais conheçam quais são os eventos adversos notificáveis e saibam diferenciá-los de outros acontecimentos, como, por exemplo, não conformidades, para que não haja subnotificação destes eventos.

O *feedback* é uma importante ferramenta de gestão pois, garante a quem notifica que os seus relatórios são valorizados e não vão fazer parte de um sem número de registos sem utilidade. Por outro lado também permite ao profissional refletir sobre as suas práticas e melhorá-las, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados (Milagres, 2015).

Para obter melhor adesão dos profissionais às notificações de eventos adversos, é importante o *feedback* dos relatórios realizados, pois para além de ficarem com a perspetiva de que o que relataram foi alvo de intervenção pela gestão, também são sugeridas ações de melhoria para serem colocadas em prática.

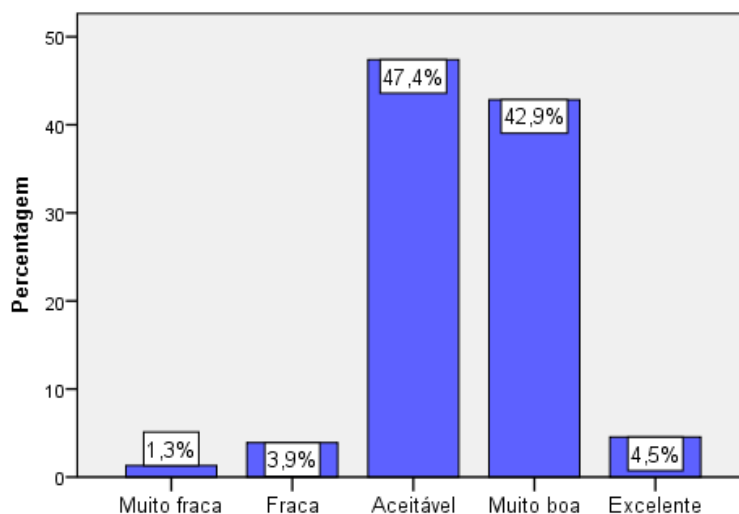
Neste sentido, de acordo com Milagres (2015), a formação em serviço contribui para que este processo seja mais efetivo e que os profissionais contribuam com a notificação para que a qualidade dos cuidados seja cada vez melhor.

Assim, os eventos adversos devem ser tratados como oportunidades de melhoria, para que a subnotificação não esteja associada ao medo em notificá-los ou ao sentimento de que nada é feito a partir do relato dos profissionais.

Milagres (2015), reforça esta ideia referindo que, se os profissionais percebem que a gestão não se baseia nas notificações realizadas e verificam a inexistência de alterações práticas, as taxas de notificação diminuem.

O gráfico 4.7 apresenta o grau de segurança do doente no serviço.

Gráfico 4.7. Classificação da segurança do doente no serviço/unidade

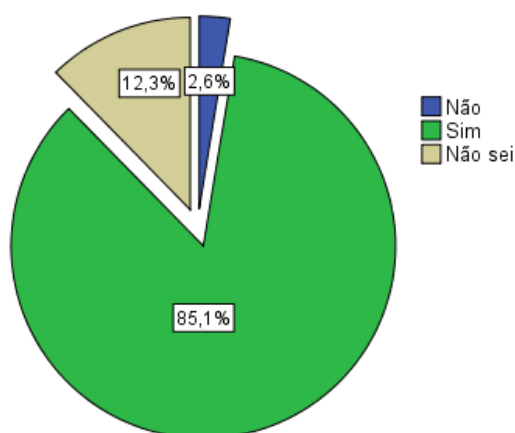


Relativamente ao grau de segurança do doente no serviço ou unidade de trabalho no hospital, 47,4% dos profissionais de enfermagem inquiridos consideraram ser Excelente ou Muito Boa, 47,4% consideraram Aceitável, 3,9% Fraca e 1,3% Muito Fraca.

No estudo já referido da DGS e APDH (2015), 50% considerou ser Excelente ou Muito Boa, 41% considerou ser Aceitável, 7% Fraca e 2% Muito Fraca.

Quanto à questão sobre se o sistema de notificação está implementado no hospital, constatou-se que 85% responderam que se encontra implementado no hospital. No entanto, 12,3% não sabe se está e 2,6% refere que não está.

Gráfico 4.8. Sistema de notificação implementado no hospital

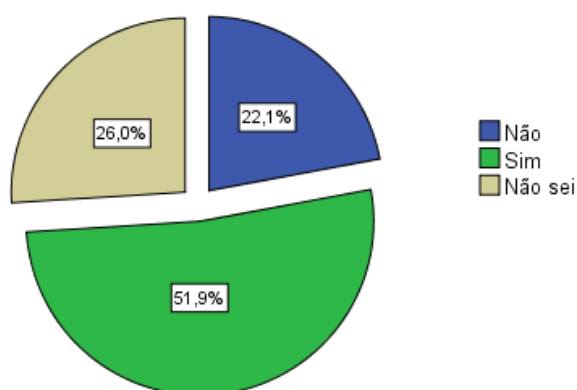


Apesar de a grande maioria dos enfermeiros saber que está implementado o sistema de notificação no hospital, ainda há profissionais que não sabem ou referem mesmo

que não está. Assim, é necessária a divulgação e o esclarecimento às equipas dos diversos serviços acerca das potencialidades do sistema de notificação.

Castilho (2014), refere a este propósito, que a necessidade de maior desenvolvimento da cultura de segurança, nomeadamente, através do desenvolvimento de um clima que permita um maior envolvimento dos profissionais na gestão do risco e potencie a notificação e discussão dos incidentes de segurança.

Gráfico 4.9. Concorda com o sistema do hospital



Relativamente à concordância com o sistema de notificação de eventos implementado no hospital, 51,9% responderam que concorda. No entanto, 22,1% não concorda e 26% refere que não sabe.

Bruno (2010) afirma que 64% dos inquiridos no seu estudo concordam com o sistema de notificação que existe na instituição onde trabalham.

Constata-se que, de um modo geral, os enfermeiros preocupam-se com a temática dos eventos adversos e estão recetivos à implementação de estratégias e políticas que promovam a segurança do doente.



## 5. Conclusão

---

Com este estudo procuramos conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.

Após a recolha de dados concluímos que quando ocorrem eventos adversos os enfermeiros notificam poucas vezes os mesmos. No entanto, relativamente aos eventos em que o dano é trágico, a grande maioria das vezes são notificados. Também em relação à queda, todos os profissionais com quem ocorreu este evento, notificaram. Os enfermeiros apontam como principais barreiras à notificação de eventos adversos: o esquecimento decorrente de haver muito trabalho; a evolução do caso tornar desnecessária a notificação e a aplicação informática para notificação ser complicada, não ser intuitiva. Relativamente ao grau de segurança, a maior parte dos enfermeiros atribui um grau de segurança entre o aceitável e o muito bom. No que respeita ao sistema de notificação implantado no hospital, apenas cerca de metade dos enfermeiros concorda.

Os resultados obtidos apontam algumas orientações para a melhoria da cultura de segurança na instituição, ressaltando-se a necessidade de formação na área da segurança e da notificação proactiva dos eventos.

Nesta sequência e, de acordo com o que referimos anteriormente, pretendemos conhecer a adesão dos enfermeiros à notificação de eventos nos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.

É fundamental a equipa de enfermagem ter a consciência da importância de fazer notificações de eventos ocorridos durante a sua atuação junto do doente, para que o resultado seja a prestação de cuidados seguros ao doente.

Assim, sendo um processo para o qual é necessária a colaboração e motivação dos enfermeiros e da própria instituição, é fundamental implementar estratégias de formação contínua relacionada com o sistema de notificação, com a taxonomia da OMS e com o que se deve notificar: não só eventos adversos mas, também “*near miss*” e incidentes.

A realização deste trabalho constituiu para nós um desafio não só porque nos impele a continuar a investigação nesta área mas também e principalmente porque contribuiu para a nossa realização pessoal pois, é uma área que nos permitiu descobrir muito mais sobre a segurança do doente e o que podemos e devemos fazer para que seja cada vez mais efetiva.

É imprescindível que todos os profissionais sintam que esta área é da responsabilidade de todos e que, a notificação dos eventos contribui por um lado, para a segurança do doente e, por outro para que os profissionais estejam mais seguros na sua atuação junto do doente.

A partir da investigação dos eventos, é possível compreender e interpretar os resultados em saúde, detetando as áreas de atuação mais prementes, facilitando a implementação de boas práticas com valores de referência a seguir, conseqüentemente um aumento da qualidade na prestação de cuidados e na segurança dos doentes, e por fim, mas não menos importante a aprendizagem das instituições.

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

- A nível da gestão de cuidados, os gestores do risco devem incentivar a notificação de ocorrências por parte dos profissionais de saúde; implementar ações corretivas, com vistas à não repetição dos erros e prevenção de futuros eventos adversos;
- Formação dos profissionais sobre gestão do risco e segurança dos doentes, normas de orientação sobre segurança;
- Análise das causas das ocorrências centrada nos fatores que contribuíram para tal e nas possíveis falhas do sistema.

De acordo com Castilho (2014), a União Europeia tem enunciando um conjunto de recomendações de promoção da gestão do risco, onde salienta a necessidade de desenvolvimento de uma cultura de segurança promotora de ambientes organizacionais “sem culpas” e “vergonhas”, com uma filosofia de aprendizagem.

Seria recomendável que se notificasse também os acontecimentos menos graves e os “*near misses*”, pois a partir da análise destes poder-se-ia aprender com os mesmos, sem que daí resultasse dano para o doente.

Torna-se então fundamental que, da política organizacional do hospital em causa, faça parte uma política de gestão de erro e o hábito de notificar todas as situações que ocorram fora do previsto, para que a comissão de gestão do risco possa analisar e avaliar o evento e a sua trajetória, a fim de se encontrarem estratégias de prevenção e os meios adequados que permitam que os eventos não se transformem em grandes acidentes.

Como a subnotificação dos eventos pode significar potenciais problemas para a segurança do paciente e poder ocorrer por falhas no reconhecimento e identificação

dos eventos, pensamos que esta é uma área com necessidade de melhoria para o hospital em estudo.

Se os profissionais reconhecerem que o erro faz parte do sistema e que, um dos objetivos da sua atuação é preveni-lo, minimizá-lo e, se possível, eliminá-lo, mais facilmente vão perceber e promover a notificação dos eventos contribuindo para o planeamento de estratégias e para a definição de prioridades nos serviços.

A participação da equipe multidisciplinar nas atividades relacionadas com a gestão do risco contribui para aumentar a notificação dos eventos adversos e para melhorar as estratégias institucionais para a prevenção e/ou minimização dos eventos adversos.

O facto de existirem em Portugal poucos estudos nesta área da Segurança do Doente nomeadamente, sobre a notificação de eventos constituiu uma limitação para este estudo o que, me leva a sugerir a elaboração de estudos a nível nacional, sobre esta temática, para que haja maior evidência científica.

Também o tempo reduzido para a elaboração do trabalho constituiu uma limitação pois, seria importante alargar este estudo não só a outros grupos profissionais nomeadamente médicos e farmacêuticos, como também alargar o estudo aos outros dois hospitais do centro hospitalar do qual o hospital onde foi realizado o estudo faz parte.

Também seria interessante e pertinente a realização de trabalhos na área da “second victim” pois, o profissional implicado no evento também precisa de apoio. Perante um evento, a prioridade do profissional é ajudar o doente a tratar-se e, se possível, curar-se, relegando para segundo plano o relato, a comunicação com os colegas, descomprimir da tensão da ocorrência de um evento. Tudo isto pode levar a situações de sofrimento no profissional.



## Referências bibliográficas

---

Agency for Healthcare Research and Quality. (2014) “2014 User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture”. Acedido a 23 de Fevereiro de 2016 em: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html#Contents>

Amado, R. (2014). *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem Contributos para a Segurança do Doente*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em 5 de Outubro de 2015 em: <http://esenfc.pt/?url=76HCJ43f>

Andrés, J. (2009). Acerca de los sistemas de notificación e registro de sucesos adversos. *Revista de Calidad Asistencial, Barcelona*, 24 (1), 1-2. Acedido em 23 de Março de 2016 em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-acerca-los-sistemas-notificacion-registro-13132369>

Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas de Implementação em Portugal*. 1ª ed. Coimbra: Coimbra Editora.

Capucho, H. (2012). *Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes como base para a cultura de segurança do paciente*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Acedido em 23 de Novembro de 2015 em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15082012-132458/publico/HelaineCarneiroCapucho.pdf>

Capucho, H.; Arnas, E. & Cassiani, S. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 47 (4), 791-798. Acedido em 24 de Outubro de 2015 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400791&script=sci_abstract&tlng=pt)

Carneiro, V. (2010). O erro Clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência clínica. *Revista de Saúde Pública, Lisboa*, 10, 3-10. Acedido em 23 de Novembro de 2015 em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/o-erro-clinico-os-efeitos-adversos-terapeuticos-e-13189808>

Castilho, A. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto. Acedido a 12 de Novembro de 2015 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78357>.

Claro, C. et al. (2011). Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo*, 45 (1), 167-172. Acedido em 28 de Novembro de 2015 em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40681/0>

Clarke, J. (2006). How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. *American Surgeon, Cumming, Georgia*, 72 (11), 1088-91. <http://www.generalsurgerynews.com/download/116gsnse2006.pdf>

Council of Europe/Committee of Ministers. (2006) – Recommendation Rec.(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Acedido em 30 de Março de 2016 em: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM>

DGS. (2011) – Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório Técnico Final. Lisboa. Acedido em 25 de Outubro de 2015 em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>

DGS. (2012). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Notific@. Lisboa. Acedido em 19 de Julho de 2015 em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>

DGS & APDH. (2015). Relatório de Segurança dos Doentes. Avaliação da Cultura nos Hospitais. Lisboa. Acedido em 23 de Fevereiro de 2016 em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais.aspx>

Donabedian, A. & Bashshur, R. (2003). Selecting approaches to selecting performance. In: Donabedian, A. & Bashur, R. ed. lit. – An introduction to quality assurance in health care. Oxford. Oxford University Press.

Duarte, S. et al. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro*, 68 (1), 144-54. Acedido em 30 de Julho de 2015 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144)

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.

Fragata, J. (2009). *Gestão do Risco. In Governação dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lisboa. Lidel.

Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.

IOM. (1999). To err is human – Building a safer health system. National Academy of Sciences. Washington, D.C. Acedido em 30 de Setembro de 2015 em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/reports/1999/to-err-is-human-building-a-safer-health-system.aspx>

Kalsing, R. (2012). *A percepção da equipe de enfermagem frente à notificação de eventos adversos*. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Centro Universitário Univates. Lajeado. Acedido em 20 de Julho de 2015 em: <https://www.univates.br/bdu/handle/10737/416>

Leitão, A. (2011). *Notificação de Incidentes e Eventos Adversos em Neonatologia. Adaptação de um Sistema de Notificação numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatal*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde: Especialização em Gestão de Organizações de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Acedido em 20 de Outubro de 2015 em: <http://run.unl.pt/handle/10362/9422>

Lima, S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Acedido em 15 de Outubro de 2015 em: <http://run.unl.pt/handle/10362/9417>

Milagres, L. (2015). *Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora. Acedido em 25 de Outubro de 2015 em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertação-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>

NPSA. (2004), *Seven steps to Patient Safety a guide for NHS staff*. Acedido em 26 de Março de 2016 em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&>

NPSA. (2015). *About Patient Safety*. Acedido em 16 de Dezembro de 2015 em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=135508>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre a segurança do cliente*. Acedido em 18 de Dezembro de 2015 em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

Paiva, M. et al. (2014). *Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, 22(5), p. 747-54. Acedido em 12 de Outubro de 2015 em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt\\_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00747.pdf)

Peralta, T. (2012). *Segurança do Doente – Perspetiva dos Profissionais de um Hospital da Região Centro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Acedido em 5 de Outubro de 2015 em: [http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id\\_type%5B%5D=8&academic\\_programs%5B%5D=3](http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type%5B%5D=8&academic_programs%5B%5D=3)

Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed.

Portugal. Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 15883/2013. Diário da República, 2.ª série — N.º 236, p.35188

Portugal. Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Estratégias para a Saúde. 3.3) Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa. Alto Comissariado da Saúde, p.1-20. Acedido em 23 de Outubro de 2015 em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024\\_-\\_Qualidade\\_em\\_Saúde\\_2013-01-17\\_.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 6. Indicadores e Metas para a Saúde. Lisboa. Alto Comissariado da Saúde, p.1-188. Acedido em 24 de Outubro de 2015 em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores\\_e\\_Metas\\_em\\_Saude\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Indicadores_e_Metas_em_Saude_.pdf)

Portugal. Ministério da Saúde. (2015). Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de Fevereiro. Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Lisboa. Acedido em 24 de Outubro de 2015 em: <http://www.dgs.pt/?cr=26938>

Reason, J. & Hobbs, A. (2006). *Managing Maintenance Error: A practical guide*. England. Ashgate Publishing Limited.

Rigobello, M. et al. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, 25 (5), 728-35. Acedido em 30 de Novembro de 2015 em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>.

Ribas, M. (2010). Eventos Adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, Lisboa*, 26 (6) 585-9. Acedido em 27 de Março de 2016 em: [http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=33568&artId=1004](http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=1004).

Rosa, M. & Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, 49 (3), p. 335-41. Acedido em 23 de Julho de 2015 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>

Serranheira, F. et al. (2009). Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da mesma moeda. *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, Lisboa*, 5-29. Acedido em 30 de Novembro de 2015 em: <http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf>

Silva, A. et al. (2011). Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, 19 (2), p. 378-86. Acedido em 22 de Novembro de 2015 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Sousa, P. et al. (2011). *Segurança Doente. Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade*. 1ª ed. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

União Europeia. (2009). Recomendação do Conselho, de 09/06/2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, C 151/01, 03/07/2009.

União Europeia. (2012). Relatório da Comissão ao Conselho, de 13/11/2012, com base no relatório dos Estados-Membros sobre a aplicação das Recomendações do Conselho (2009/C 151/01) sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Acedido em 10 de Março de 2016 em: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_pt.pdf)

União Europeia. (2014). Segundo relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas a cuidados de saúde. Acedido em 4 de Março de 2016 em: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ec\\_2ndreport\\_ps\\_implementation\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_pt.pdf)

União Europeia. (2014). Principais conclusões e recomendações sobre os sistemas de notificação e aprendizagem para incidentes de segurança dos doentes em toda a Europa. Acedido em 23 de Fevereiro de 2016 em: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_reporting\\_learningsystems\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_pt.pdf)

UK Department Health. (2000). An organization with a memory. Acedido em 23 de Janeiro de 2016 em; <https://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>

Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed Editora.

WHO. (2007). The nine Patient Safety Solutions, 2007. Acedido em 27 de Fevereiro de 2016 em: [http://www.who.int/patientsafety/events/07/02\\_05\\_2007/en/](http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/)

WHO. (2008). Global Priorities for Research in Patient Safety (first edition). The Research Priority Setting Working Group December 2008. Acedido em 24 de Julho de 2015 em: [http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/article\\_bmj\\_may09/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/article_bmj_may09/en/)

WHO. (2008). Summary of the evidence on patient safety : implications for research. Geneva. Edited by Ashish Jha. Acedido em 24 de Janeiro de 2016 em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/20080523\\_Summary\\_of\\_the\\_evidence\\_on\\_patient\\_safety.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf)



**ANEXOS**

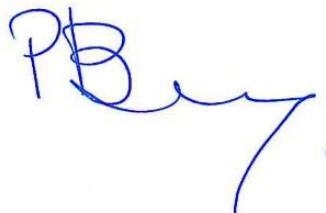
---

## ANEXO I – Autorização de utilização do questionário

## DECLARAÇÃO

Paula Bruno, declaro para os devidos efeitos que autorizo Lina Martins, aluna do mestrado GATS, a utilizar o questionário que elaborei e utilizei no meu estudo e tese designada de “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”. O questionário poderá ser por si utilizado na investigação, estudo e tese que apresentará sob o título "Adesão à notificação dos eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central".

Lisboa, 15 de Outubro de 2015.



## ANEXO II – Questionário aos enfermeiros

## Questionário aos enfermeiros

Pela atualidade e importância que tem sido atribuída ao registo de eventos/ocorrências pretendemos, abordar os aspetos relacionados com as barreiras à sua notificação, que não podem ser desprezados na implementação do sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências em Portugal.

Com a sua participação irá contribuir para um estudo sobre “Barreiras à notificação dos eventos/ocorrências pelos enfermeiros no serviço de internamento hospitalar”, desenvolvido pela enfermeira Lina Martins, no âmbito do Mestrado de Gestão e Avaliação em Tecnologias da Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

A sua colaboração é muito importante, já que são poucos os estudos em Portugal relacionados com esta área, – *será também com as suas respostas que fundamentarei o meu trabalho.* Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Para melhor compreensão e preenchimento deste questionário, consideramos as seguintes definições:

- “**evento/ocorrência**” como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.
- “**segurança do doente**” redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável

### Secção A – Caracterização socio-demográfica

#### 1. Sexo

- Feminino
- Masculino

#### 2. Idade: \_\_\_ anos

#### 3. Para cada questão assinale com X a sua resposta conforme a escala?

	Nunca	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente</u> , com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um evento/ocorrência, <u>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</u> , com que frequência é notificado?					
Quando o evento/ocorrência <u>provoca dano moderado</u> , com que frequência é notificado?					
Quando o <u>dano é trágico</u> (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?					

#### 4. 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

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

Eventos / Ocorrências	Já aconteceu		Registei por escrito	
	Sim	Não	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/objetos 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 incorretamente 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 incorreta 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				

**6. Não registo os eventos/ocorrências porque ...**

	Concordo Totalmente	Concordo	Não Concordo nem	Discordo	Discordo Totalmente
Tenho receio de processo disciplinar					
Quando há muito trabalho esqueço-me 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 eventos adversos					
Receio de afetar a minha credibilidade					
Receio de afetar a credibilidade da instituição					
A aplicação informática para notificação é complicado, não é intuitivo					
Outro:					

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

Excelente

Muito Boa

Aceitável

Fraca

Muito Fraca

**8. No Hospital está implementado um sistema de registo e notificação de eventos/ocorrências?**

Sim     Não     Não sei

**9. Concorda com o sistema do hospital?**

Sim     Não     Não sei

**Muito obrigado pela sua colaboração!  
Lina Martins**

ANEXO III – Pedido de autorização para realização do estudo

**Pedido de autorização para realização do estudo e respetiva distribuição do questionário**

Exma. Sra Enfermeira Isabel Gaspar

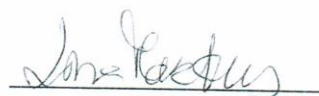
Digníssima Enfermeira Diretora do Hospital de Egas Moniz

DSE  
autorizado  
CHLO, EPE, H. E. M.  
Enf. Supervisora  
Isabel Gaspar  
20/10/15

Lina Maria Duque Martins, enfermeira chefe, a exercer funções no Serviço de Cirurgia Plástica/ Otorrinolaringologia/ Oftalmologia, vem por este meio solicitar a superior autorização para aplicação de um questionário do Estudo “Eventos adversos no serviço de internamento de um hospital central: barreiras à notificação pelos enfermeiros”, aos enfermeiros nos serviços de internamento, incluindo unidades de cuidados intensivos. A sua aplicação está integrada no projeto de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa, no qual é discente.

Com maior estima e consideração,

Lisboa, 21 de Outubro de 2015



Lina Martins

## ANEXO IV – Autorização para realização do estudo


<p>DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM</p> <p>DIRETORA DE ENFERMAGEM <i>Enf.ª Isabel Gaspar</i></p> <p>ENFERMEIRAS ADJUNTAS <i>Enf.ª Isabel Westwood</i> <i>Enf.ª Isabel Santos</i></p>	<p>Ex.mo<sup>(a)</sup> Senhor<sup>(a)</sup> <b>Enfermeira Chefe Lina Maria Duque Martins</b> <b>Serviço de Cirurgia</b> <b>Plástica/Otorrinolaringologia/Oftalmologia</b></p>
--	---

**Assunto: Pedido de autorização de aplicação de questionário aos Enfermeiros nos serviços de internamento do Hospital de Egas Moniz**  
**Estudo de investigação “Eventos adversos no serviço de internamento de um hospital central: barreiras à notificação pelos enfermeiros”.**

Relativamente ao vosso pedido e sobre o assunto acima referido, vimos por este meio informar que está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,  
29-10-2015

A Diretora de Enfermagem

  
*(Maria Isabel Gaspar)*