

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

**Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Ensino
Politécnico Público em Portugal - o caso dos estudantes do
último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde**

ANA FILIPA ADÃO DA SILVA

PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA – INSTITUTO POLITÉCNICO DE
LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2019

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

**Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Ensino
Politécnico Público em Portugal - o caso dos estudantes do
último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde**

ANA FILIPA ADÃO DA SILVA

PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA - INSTITUTO POLITÉCNICO DE
LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2019

Não poderia deixar de fazer um agradecimento especial à minha família, aos meus pais e aos meus avós que são o meu pilar e força motriz em todos os momentos da minha vida. Graças ao seu amor, disponibilidade, paciência, alegria e valores, ensinaram-me a nunca desistir dos meus sonhos e objetivos.

Aos meus amigos mais próximos, pelo incentivo e alegria que trazem à minha vida, com quem partilho os bons e os maus momentos, independentemente da distância física que nos separa.

Um agradecimento especial à Professora Maria João Carapinha, por ser a minha fonte de inspiração.

Este trabalho não teria sido possível sem minha orientadora a Professora Margarida Eiras e a Professora Carina Silva através da sua ajuda e disponibilidade.

Não poderia terminar sem agradecer a todos os Diretores/Coordenadores das Instituições participantes no estudo, pela disponibilidade e colaboração no mesmo.

A todos o meu Muito Obrigado por fazerem parte deste percurso!

Introdução: A Cultura de Segurança do Doente tem-se revelado uma temática em ascensão nas últimas décadas. Os doentes revelam-se mais exigentes com a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Inúmeros estudos têm sido realizados em vários países sobre os níveis de Cultura de Segurança do Doente, para detetar falhas e oportunidades de melhoria. Uma forma de avaliar a perceção da Cultura de Segurança do Doente por parte dos profissionais é através do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, amplamente validado e traduzido para vários países.

Objetivo: Avaliar a Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal – o caso dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde.

Metodologia: Foi utilizada a versão validada e traduzida para português, devidamente adaptada aos estudantes, do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Os questionários foram preenchidos via *online* e analisadas através do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences version 21*[®].

Resultados: Verifica-se que as dimensões que apresentam as maiores lacunas são a dotação dos profissionais, as transferências e transições hospitalares e a abertura na comunicação. A dimensão que apresenta uma maior Cultura de Segurança do Doente é a aprendizagem organizacional.

Conclusão: Face aos resultados obtidos sugere-se que seja realizada uma formação mais proeminente na área da Cultura de Segurança do Doente durante as Licenciaturas em Tecnologias da Saúde, de forma a melhorar os cuidados de saúde que são prestados.

Palavras-chave: Cultura de Segurança do Doente; Segurança do doente; Tecnologias da Saúde

Introduction: The Patient Safety Culture has been an issue on the rise in recent decades. Patients are becoming more well-informed and demanding with quality and safety about the health care procedures. Numerous studies have been conducted in several countries to determinate the Patient Safety Culture levels with the goal to detect failures and opportunities for improvement. One way to assess the Patient Safety Culture by professionals is through the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* questionnaire, widely validated and translated.

Aim: Evaluate the Patient Safety Culture in Public Health Technologies Schools in Portugal – the case of the students who attend the last year of Health Technologies graduate.

Methodology: The scale of measure the results in this study was the Portuguese validated version of *Hospital Survey on Patient Safety Culture* was adapted for the students. The questionnaires were completed online and analyzed using the statistics software *Statistical Package for Social Sciences version 21*[®].

Results: It is verified that the dimensions that present the greatest gaps according to the students are the professional's endowment, the hospital transfers and transitions and the opening in the communication. The dimension that presents a higher Patient Safety Culture is organizational learning.

Conclusion: As such, it is suggested that more awareness-raising and training be carried out in order to enhance the knowledge in the Patient Safety Culture in order to improve the health care that is provided.

Key words: Patient Safety Culture, Patient's Safety, Health Technologies

Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas e Siglas	xi
1. Introdução	1
2. Enquadramento	5
2.1. Qualidade em Saúde	5
2.2. Segurança do Doente	6
2.3. Cultura de Segurança do Doente	7
2.4. Questão de Investigação	9
2.5. Objetivo Geral e Específico	9
3. Metodologia	11
3.1. Tipo de estudo	11
3.2. População-alvo, amostra e locais de recolha de dados	11
3.3. Critérios de Inclusão	12
3.4. Variáveis, métodos e ferramenta de inquirição	12
3.5. Questões éticas e de confidencialidade de dados	14
3.6. Estudo de dados	15
4. Apresentação e Discussão dos Resultados	17
4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	17
4.2. Cultura de Segurança do Doente – Avaliação dos estudantes	19
5. Conclusão e considerações finais	37
6. Referências bibliográficas	39
7. Anexos	47

Tabela 3.2.1 - Instituições de Ensino participantes no estudo, bem como as respetivas Licenciaturas lecionadas em cada Instituição	12
Tabela 3.4.1 - Variáveis em estudo, respetivas dimensões e itens	13
Tabela 3.4.3 – Recodificação das escalas de <i>Likert</i> de cinco níveis para três níveis ..	14
Tabela 4.1.1 - Distribuição segundo o género e a idade por instituição de ensino	17
Tabela 4.1.2 - Distribuição segundo a Licenciatura e a Instituição frequentadas	18
Tabela 4.1.3 – Durante a sua licenciatura, em alguma disciplina, teve contacto com o tema da Segurança do Doente? Acha que o número de horas de contacto com o tema foram as suficientes?	19
Tabela 4.2.1 - Resultados da CSD percentagem de respostas positivas por dimensão e itens dos estudantes face aos profissionais em meio hospitalar português.....	20
Tabela 4.2.2 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio levam seriamente em consideração as sugestões dos estagiários para melhorar a segurança do doente (Questão B1)	21
Tabela 4.2.3 - Sempre que existe pressão, os meus orientadores/coordenadores de estágio querem que eu trabalhe mais rapidamente, mesmo que isso implique usar atalhos (Questão B2r).....	22
Tabela 4.2.4 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio não dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (Questão B3r)	22
Tabela 4.2.5 - Nos locais de estágio trabalhamos ativamente para uma melhoria da SD (Questão A3)	23
Tabela 4.2.6 – É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem mais vezes nos locais de estágio (Questão A5r).....	24
Tabela 4.2.7 – Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho (Questão A7)	25
Tabela 4.2.8 – Os procedimentos e sistemas existentes nos locais de estágio, são eficazes na prevenção de erros que possam ocorrer (Questão A9).....	25
Tabela 4.2.9 – Nos meus locais de estágio discute-se sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (Questão C2).....	26
Tabela 4.2.10 – Os estagiários falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (Questão C1).....	27
Tabela 4.2.11 – Os estagiários têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (Questão C3r)	28

Tabela 4.2.12 – Existe uma boa colaboração entre os locais de estágio e outras entidades que precisam de trabalhar em conjunto (Questão F1)	29
Tabela 4.2.13 – Os locais de estágio funcionam bem em conjunto com outras entidades para prestarem os melhores cuidados ao doente (Questão F2)	30
Tabela 4.2.14 – Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (Questão A1)	31
Tabela 4.2.15 – Os estudantes trabalham mais horas por turno de estágio do que seria desejável na prestação de cuidados (Questão A2r)	31
Tabela 4.2.16 – Nos locais de estágio trabalhamos em “modo crise” tentando fazer muito, demasiado depressa (Questão A6r)	32
Tabela 4.2.17 – Os estudantes estagiários sentem que os erros são utilizados contra si (Questão A4r)	33
Tabela 4.2.18 – Nas rotações existem problemas com a segurança do doente (Questão A8r)	34
Tabela 4.2.19 – Indique por favor, o grau de segurança do doente nos seus locais de estágio (Questão D)	35
Tabela 4.2.20 – CSD dos Estudantes face aos Profissionais do meio Hospitalar Português	35

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

AU – Audiologia

CBL – Ciências Biomédicas Laboratoriais

CS – Cultura de Segurança

CSD – Cultura de Segurança do Doente

DGS – Direção-Geral da Saúde

DN – Dietética e Nutrição

FM – Farmácia

FC – Fisiologia Clínica

FT – Fisioterapia

HO – Higiene Oral

HSPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IMRT – Imagem Médica e Radioterapia

IOM – *Institute of Medicine*

IPB-ESSB – Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança)

IPCB-ESSDr.LD – Instituto Politécnico de Castelo Branco (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias)

IPC-ESTSC – Instituto Politécnico de Coimbra (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra)

IPG- ESSG – Instituto Politécnico da Guarda (Escola Superior de Saúde da Guarda)

IPL-ESTeSL – Instituto Politécnico de Lisboa (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa)

IPP-ESS – Instituto Politécnico de Portalegre (Escola Superior de Saúde)

LTS – Licenciaturas em Tecnologias da Saúde

OCV – Ortopia e Ciências da Visão

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORT – Ortoprotesia

QS – Qualidade em Saúde

SA – Saúde Ambiental

SD – Segurança do Doente

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

UA-ESSA – Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde de Aveiro)

UAlg-ESS – Universidade do Algarve (Escola Superior de Saúde)

1. Introdução

A qualidade pode ser definida de várias formas, de acordo com as percepções de cada indivíduo. Esta encontra-se diretamente relacionada com as expectativas, cultura, necessidades e tipo de produto ou serviço. A qualidade em saúde (QS) deve ser percecionada como “o produto final de uma cadeia, rede de trabalho, onde atuam vários prestadores, com diversos níveis de formação, mas todos eles contribuem para o resultado final”¹⁻⁸. Existem várias definições para a Cultura de Segurança do Doente (CSD), sendo que a mais divulgada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde se define a Segurança do Doente (SD) como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com a prestação dos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”^{2,9}, permitindo dessa forma melhorar os cuidados de saúde, bem como a capacidade de resposta face às expectativas dos doentes^{4,7-10}.

A segurança aparece como um constituinte fulcral da qualidade. Quando referimos a QS, esta deve ser encarada como uma prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos^{1,8-10-13}.

Na área da saúde o risco é uma constante, contudo algumas situações específicas acarretam uma maior probabilidade de ocorrência de lacunas na segurança. A evolução tecnológica das últimas décadas permitiu que a atividade clínica se tenha tornado cada vez mais complexa, quer pelo desenvolvimento dos sistemas de saúde, quer pela sua vertente organizacional, profissional ou clínica. Como tal, as questões relacionadas com a SD revelaram-se um ponto fundamental na QS, merecendo destaque quer a nível Internacional como Nacional^{1-2,8-10,14-20}.

A CSD interfere diretamente com vários fatores, como o desempenho da organização, a prestação de cuidados de saúde melhorados entre outros^{1-2,17-20}. Esta cultura é um fenómeno complexo e multidimensional associado à complexidade dos sistemas de saúde e dos próprios cuidados prestados, pois interagem com fatores pessoais, profissionais, organizacionais, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes^{1-2,10-12,14-15}.

O grande impulsionador do desenvolvimento da CSD e QS foi o relatório do *Institute of Medicine* (IOM) intitulado *To err is human: Building a Safer Health Care System*, que após a sua publicação alertou a sociedade e os prestadores de cuidados de saúde sobre a complexidade da atividade clínica e os riscos inerentes à mesma^{1,8,11,15-16,19,21-22}.

A preocupação crescente dos profissionais e organizações de saúde com as questões relacionadas com a SD e QS, com base nos estudos realizados, verificaram que em

contexto hospitalar ocorrem frequentemente incidentes associados aos cuidados de saúde, estimando-se que 10 em cada 100 doentes estejam sujeitos a qualquer tipo de eventos adversos^{2,8,10,14,19}.

Torna-se importante o reconhecimento da inevitabilidade do evento adverso, sendo que este quando ocorre não deve ser associado a um sistema punitivo de notificação, mas sim o contrário, ou seja, o evento adverso quando ocorre deve ser encarado como uma oportunidade de melhoria e de aprendizagem no sentido de evitar eventos adversos futuros, fomentando dessa forma a cultura da aprendizagem^{1-2,10,18}.

Hoje em dia são várias as instituições e organizações a trabalhar a área da SD, para que os prestadores de cuidados de saúde percecionem e valorizem a CSD, como sendo essencial para a segurança e qualidade dos serviços de saúde prestados^{2,10,17}. Estes grupos promovem a CSD através do investimento e desenvolvimento de modelos e ambientes laborais mais seguros, capazes de minimizar o evento adverso humano^{2,10,16,18}. Alguns desses exemplos foram a criação e divulgação em 2004, pela OMS das políticas centradas na cultura da segurança através do programa *The World Alliance for Patient Safety*¹¹, no mesmo ano a *National Patient Safety Agency* redigiu o documento *Seven Steps to Patient Safety*¹⁷.

Com base também em alguns estudos sobre a CSD, também o Estado Português, através do Departamento da Qualidade da Direção Geral da Saúde (DGS) tem colaborado em estudos, atividades de promoção e avaliação da CSD, emissão de normas e diretrizes no sentido de maximizar esta temática no meio hospitalar Português^{1-2,17,23}.

Em Portugal o primeiro estudo sobre a CDS foi realizado nos hospitais públicos, através de um estudo piloto que consistia na tradução e validação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC) da *Agency for Healthcare Research and Quality*¹¹⁻¹², atualmente a CSD é avaliada de dois em dois anos nos hospitais públicos Portugueses²⁴. Outro dos questionários que também já foi traduzido e validado para português, e que permite avaliar a perceção da cultura de segurança junto dos prestadores de cuidados de saúde foi o *Safety Attitudes Questionnaire*⁷⁻⁸. Para além destes dois questionários adaptados e validados para Portugal, existem outros em versão inglesa que também são boas ferramentas para avaliação da CSD, como são os casos do *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations*, *Safety Climate Survey* e o *Manchester Patient Safety Assessment Framework*²⁵.

Entretanto estudos de menores dimensões têm sido realizados em Portugal, apenas em pequenos sectores laborais ou apenas em algumas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O grupo profissional que tem adotado uma posição de maior colaboração no desenvolvimento da CDS, tem sido o grupo profissional dos

enfermeiros, contudo outros grupos profissionais têm sido convidados a participar na avaliação da CSD em Portugal, no decorrer de investigações para validações de questionários e em dissertações de Mestrado e Doutoramentos^{1-10,14,26-34}.

Em Portugal, até aos dias de hoje, ainda não foi realizado nenhum estudo na área da avaliação da perceção CSD dos estudantes que frequentam o área das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde (LTS), como tal justifica-se a pertinência deste estudo.

Este estudo tem como finalidade conhecer a perceção da CSD nos estudantes do Ensino Politécnico Público em Portugal que frequentam o último ano das LTS. Pretende-se ainda identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da CSD.

Relativamente à organização deste trabalho ele encontra-se dividido por capítulos, sendo que no capítulo do enquadramento é realizado um estado da arte, são descritos os objetivos e a questão de investigação. Após esta contextualização do tema apresenta-se o capítulo metodológico do estudo, onde se encontram descritos os procedimentos do estudo. No capítulo da apresentação e discussão de resultados encontram-se os dados obtidos e foi realizada uma análise comparativa com os dados obtidos num estudo em Portugal aos profissionais em meio hospitalar. Este trabalho termina com a conclusão onde são tecidas as considerações finais do mesmo, seguindo-se da apresentação de referenciação bibliográfica para a elaboração do estado da arte. O último capítulo deste trabalho é constituído pelos anexos, onde podemos encontrar o questionário integral que foi enviado aos estudantes, bem como as autorizações de realização e recolha de dados aos diretores das Instituições participantes e os pareceres de comissão de Ética e Concelho Técnico- Científico, tal como o pedido para utilização do questionário em causa à sua autora de validação e tradução para Português.

2.1. Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade foi definido e modificado ao longo dos tempos, sendo aplicado a áreas distintas do conhecimento. Numa fase inicial as definições de qualidade foram aplicadas à área da indústria e mais tarde aplicado à área da saúde. Em saúde, o primeiro conceito de qualidade foi definido por Donabedian³⁵⁻³⁸. Donabedian definiu três dimensões para a QS, que se centravam no conhecimento técnico, interpessoal e ambiental, estabeleceu também as bases para a avaliação da QS, utilizando um modelo que se baseava numa avaliação sequencial através da estrutura, do processo e dos resultados, em que o ponto fundamental da QS se apoiava na maximização do bem-estar do doente³⁵⁻³⁸.

Após a associação da qualidade à área da saúde, esta tem sido amplamente divulgada, esta divulgação do conceito de QS, encontra-se relacionada com o aumento da literacia em saúde por parte dos doentes e familiares. Este aumento do conhecimento dos doentes no que se reporta à qualidade dos cuidados de saúde, faz com que estes exijam uma maior formação e informação possível dos profissionais que os atendem bem como uma maior eficiência e segurança das tecnologias disponíveis para utilização em saúde³⁹⁻⁴⁰.

Com a evolução do conceito, novos parâmetros têm sido introduzidos, como tal, o significado vai alterando consoante as necessidades e expectativas do doente, bem como da instituição prestadora dos serviços de saúde. Os doentes dos dias de hoje possuem uma participação mais ativa nos cuidados de saúde que lhe são prestados, conseqüentemente exigem um aumento da qualidade dos mesmos. Da perspetiva dos profissionais de saúde, estes preocupam-se com as questões que se encontram relacionadas com a qualidade devido ao compromisso ético, deontológico e à responsabilidade implícita à profissão. Do ponto de vista dos órgãos de gestão também se verifica o aumento crescente com a preocupação com a QS, uma vez que, a otimização dos recursos utilizados permite obter uma redução dos custos inerentes à QS^{2,41-43}.

O conceito de qualidade encontra-se dependente da perspetiva e dos valores de quem o define, uma das primeiras definições da qualidade a ser amplamente difundida foi a do IOM, em que a QS é caracterizada como o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional existente^{1,40,44-45}.

Um parâmetro importante deste conceito relaciona-se com o facto de a qualidade ser encarada como o resultado de vários aspetos e dimensões, conseqüentemente, cada instituição deve definir os seus próprios parâmetros que melhor caracterizam e definem a qualidade dos seus serviços, com base nas suas características e objetivos^{14,41,45-48}.

A QS é um processo que deve ser medido, acompanhado e sistematicamente melhorado. Para isso necessita de critérios de avaliação claros e concisos, de indicadores exequíveis e de padrões que credibilizem as avaliações e que os resultados para o doente sejam obtidos, bem como para o mercado e para a sociedade na generalidade⁴⁸.

2.2. Segurança do Doente

A SD é encarada pela OMS como uma redução do risco de dano desnecessário associado a um cuidado de saúde, para um mínimo aceitável. No âmbito da segurança em saúde esta foca-se sobretudo na ausência de dano produzido pelos cuidados de saúde, mais do que no seu benefício. Como tal, a área da segurança em saúde não inclui apenas os incidentes que causaram dano para o doente, mas também as falhas que não causaram dano, mas poderiam ter causado^{41,50}.

As falhas na segurança têm implicações nas instituições de saúde, nos profissionais e nos doentes. As falhas refletem-se em três dimensões distintas sendo elas a perda de confiança dos doentes nas instituições de saúde e nos profissionais que as constituem, no aumento dos custos sociais, e económicos e por fim numa redução da probabilidade de alcançar os resultados desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados⁵¹.

As medidas de promoção da SD baseiam-se hoje em dia nas políticas de gestão de risco das organizações de alta confiabilidade e incluem medidas reativas e proactivas reestruturando os sistemas e promovendo uma cultura de segurança (CS). Considera-se por organização de alta confiabilidade aquelas instituições que não têm acidentes, quando avaliadas por um longo período de tempo, num ambiente onde os acidentes seriam possíveis dadas as circunstâncias inerentes à complexidade e ao risco inerentes à sua atividade^{7,52-54}.

As organizações de alta confiabilidade esperam que o erro aconteça, aprendem com ele e treinam para o reorganizar e evitar que aconteça novamente. Em vez de atuarem em falhas pontuais, eles generalizam-nas, antecipam o pior e preparam-se para lidar com isso em todos os níveis da organização, desde os elementos que encontram na

base da pirâmide hierárquica da instituição até aos elementos que se encontram no topo⁵⁵.

2.3. Cultura de Segurança do Doente

O conceito de CS tem a sua origem na psicologia social e comportamental⁵⁶. O termo intensificou-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl, quando foi considerado pelos peritos que a causa do acidente teve origem numa CS fraca⁵⁷⁻⁵⁹.

Após este acidente a CS foi definida como sendo o resultado de diversos fatores. Desses fatores podemos identificar os valores individuais e de grupo, as atitudes, as perceções, as competências e os padrões de comportamento, bem como o ambiente em que estão inseridos e os objetivos. Desta forma determina-se o compromisso, o estilo, as competências de gestão da saúde e a segurança da própria organização^{27,60}. O acidente de Chernobyl revelou-se um marco histórico em várias vertentes, sendo que no que se refere à CS, permitiu que este conceito fosse amplamente difundido e utilizado nas indústrias de alto risco consideradas extremamente seguras e de confiabilidade como é o caso da aviação, da energia nuclear e processamento petroquímico, da energia, dos transportes entre outros^{52-54,61-62}.

Nos últimos anos o conceito de CS tem sido também aplicado à área da saúde, como forma de maximizar o processo de melhoria da SD nas unidades hospitalares, evitando que erros e eventos adversos ocorram, com o intuito preventivo e não punitivo, através de recomendações realizadas pelo IOM^{14,27,63}.

O conceito adaptado e definido é complexo e apresenta uma vertente multidimensional, contudo a sua essência assenta também nos padrões, nos valores e nas atitudes que originam comportamentos quer a nível individual quer a nível global nas instituições, com o intuito de uma melhoria contínua da CS^{8,27}.

Esta melhoria contínua da CS baseia-se na aprendizagem com os eventos adversos, sem que estes sejam encarados como punitivos para quem os pratica e sejam encarados como oportunidades de melhoria e aprendizagem. Para isso é necessário apostar numa abertura de comunicação, e promover o trabalho em equipa, envolvendo todos os intervenientes, desde os intervenientes do topo da pirâmide hierárquica como os da sua base.

Com o envolvimento de todos os intervenientes e com uma boa abertura permite-se que eventos adversos possam ser relatados, discutidos e criadas alternativas e sistemas de notificação e análise dos sistemas, com o intuito de evitar os eventos

adversos e caso estes eventos ocorram que possam ser comunicados de forma a identificar os riscos, melhorar e promover a SD²⁷.

Ao longo dos anos várias têm sido as definições de CSD defendidas por diversos autores, contudo o conceito mais divulgado tem sido o da OMS que caracteriza a CSD como sendo o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidade de perceção, e modelos de comportamento, que determinam o compromisso com a gestão da saúde e a segurança de uma organização e, seu estilo e proficiência^{27,64}.

Das inúmeras investigações realizadas no âmbito da CSD, é possível constatar que a CS é encarada como uma componente integrante da cultura organizacional^{8,17,65-72}, variando de organizações para organizações, de departamento para departamento e de unidade para unidade, consoante os objetivos e valores de cada instituição^{52,54}.

A área da CSD é nos dias de hoje uma área de grande relevância e preocupação quer pelas instituições de saúde, quer pelos próprios profissionais, e como tal promover uma CS forte tornou-se um pilar fundamental para a SD⁸.

A avaliação da CSD permite identificar áreas de melhoria e consciencializar os profissionais e os gestores para a SD, avaliar as intervenções e programas implementados ao longo do tempo, realizar avaliações internas e externas e cumprir diretrizes ou requisitos regulamentados⁸.

Ao longo dos tempos, com a crescente preocupação com a temática em análise, vários estudos de avaliação da CSD têm sido realizados, quer a nível Internacional como Nacional. Foram realizados estudos, que permitiram adaptar, traduzir e validar ferramentas internacionais, para contexto nacional, que avaliam a CSD em meio hospitalar português^{11-12,31-33,26-30}.

Os estudos realizados, em Portugal, incidiram todos essencialmente sobre os funcionários que se encontravam a trabalhar nos meios hospitalares e clínicas prestadoras de cuidados de saúde, como tal, verificou-se a necessidade de realizar a avaliação a uma população diferente, neste caso concreto aos futuros profissionais de saúde das áreas das tecnologias em saúde. Um estudo semelhante, que avaliou a perceção de estudantes foi realizado a estudantes de medicina da Universidade da Califórnia em São Francisco, através da aplicação de parte do questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*⁷³.

Torna-se desta forma pertinente avaliar a perceção dos futuros profissionais de saúde sobre o tema da CSD.

2.4. Questão de Investigação

Qual a Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal, na óptica dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde?

2.5. Objetivo Geral e Específico

Conhecer a Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal, na óptica dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde.

Identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da CSD.

3.1. Tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo e transversal⁷⁴⁻⁷⁶.

3.2. População-alvo, amostra e locais de recolha de dados

A população-alvo de um estudo de investigação consiste na coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Cada trabalho de amostragem requer uma definição precisa da população a estudar, bem como dos elementos que a compõem⁷⁶.

Neste estudo em concreto a população-alvo foram os estudantes que se encontravam a frequentar o último ano das LTS nas Instituições de Ensino Politécnico Público em Portugal. As Licenciaturas que fazem parte das Tecnologias em Saúde, são Audiologia (AU), Ciências Biomédicas e Laboratoriais (CBL), Dietética e Nutrição (DN), Farmácia (FM.), Fisioterapia (FT), Fisiologia Clínica (FC), Higiene Oral (HO), Imagem Médica e Radioterapia (IMRT), Ortopédia e Ciências da Visão (OCV), Ortoprotésia (ORT), Terapia da Fala (TF), Terapia Ocupacional (TO) e Saúde Ambiental (SA)⁷⁷⁻⁷⁸.

Estas Licenciaturas são lecionadas em diferentes Instituições de Ensino Politécnico Público em Portugal, nomeadamente nos Institutos Politécnicos de Beja, de Bragança (IPB-ESSB), de Castelo-Branco (IPCB-ESSDr.LD), de Coimbra (IPC-ESTSC), da Guarda (IPG-ESSG), de Leiria, de Lisboa (IPL-ESTeSL), de Portalegre (IPP-ESS), do Porto e de Setúbal, na Universidade do Algarve (UAlg-ESS) e na Universidade de Aveiro (UA-ESSA)⁷⁹⁻⁹⁰.

A técnica de amostragem foi não aleatória por conveniência, ou seja, dentro da população-alvo em estudo apenas foram incluídos os estudantes que estudavam nas instituições participantes e que acederam preencher os questionários de forma voluntária⁷⁵.

Na Tabela 3.2.1, encontram-se descritas as Instituições de Ensino Politécnico Público em Portugal que acederam participar no estudo, bem como as respetivas Licenciaturas lecionadas em cada Instituição, assinaladas com um “X”.

Tabela 3.2.1 - Instituições de Ensino participantes no estudo, bem como as respectivas Licenciaturas lecionadas em cada Instituição

Instituição de Ensino	Licenciatura											
	AU	CBL	DN	FM	FT	FC	IMRT	OCV	ORT	TF	TO	SA
IPG-ESSG				X								
IPB-ESSB		X	X	X								
IPCB- ESSDr.LD		X			X	X	X					
IPC-ESTSC	X	X	X	X	X	X	X				X	X
IPL-ESTeSL		X	X	X	X	X	X	X	X			X
UA-ESSA					X		X			X		
UAIg-ESS		X	X	X			X		X	X		

3.3. Critérios de Inclusão

Os critérios definidos como critérios de inclusão para a participação no estudo foram os seguintes:

1. Estudantes que frequentem o último ano de uma das LTS nas instituições;
2. Estudantes que acederam participarem livremente no estudo;

3.4. Variáveis, métodos e ferramenta de inquirição

Foi aplicado o questionário HSPSC, na versão traduzida e validada para português “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em hospitais”^{68,91}, devidamente adaptado para a população em estudo (Anexo I), ao qual foi previamente realizado o pedido de utilização e adaptação da linguagem do questionário de acordo com a população em estudo, com a respetiva aprovação (Anexo II).

O questionário é constituído por 18 itens, avaliando 10 dimensões da CSD, encontrando-se descritas na Tabela 3.4.1. É de salientar que o questionário original é constituído por 12 dimensões, no entanto neste estudo, por ser realizado a estudantes que apenas frequentaram a realidade hospitalar durante poucos meses, apenas durante os seus estágios curriculares, as questões foram adaptadas à sua realidade. Desta forma a linguagem foi adaptada para os estudantes, e não foram avaliadas duas dimensões que não se enquadravam nesta amostra. Na Tabela 3.4.1 encontram-se questões colocadas negativamente e invertidas para uma escala positiva para a CSD. Estas questões encontram-se assinaladas com “r” na descrição da questão⁹¹.

Tabela 3.4.1 - Variáveis em estudo, respectivas dimensões e itens

Dimensão	Questão	Item
Expectativas do gestor/supervisor e ações que promovam a segurança do doente	B1	Os meus orientadores/coordenadores de estágio levam seriamente em consideração as sugestões dos estagiários para melhorar a segurança do doente
	B2r	Sempre que existe pressão, os meus orientadores/coordenadores de estágio querem que eu trabalhe mais rapidamente, mesmo que isso implique usar atalhos
	B3r	Os meus orientadores/coordenadores de estágio não dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A3	Nos locais de estágio trabalhamos ativamente para uma melhoria da segurança do doente
Perceções gerais sobre segurança do doente	A5r	É apenas por sorte que erros graves não ocorrem mais vezes nos locais de estágio
	A7	Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho
	A9	Os procedimentos e sistemas existentes nos locais de estágio, são eficazes na prevenção de erros que possam ocorrer
Feedback e comunicação acerca do erro	C2	Nos meus locais de estágio discute-se sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer
Abertura na comunicação	C1	Os estagiários falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente
	C3r	Os estagiários têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo
Resposta ao erro não punitiva	A4r	Os estudantes estagiários sentem que os erros são utilizados contra si
Transferências e transições hospitalares	A8r	Nas rotações existem problemas com a segurança do doente
Dotação de Profissionais	A1	Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido
	A2r	Os estudantes trabalham mais horas por turno de estágio do que seria desejável na prestação de cuidados
	A6r	Nos locais de estágio trabalhamos em "modo crise" tentando fazer muito, demasiado depressa
Trabalho entre unidades	F1	Existe uma boa colaboração entre os locais de estágio e outras entidades que precisam de trabalhar em conjunto

	F2	Os locais de estágio funcionam bem em conjunto com outras entidades para prestarem os melhores cuidados ao doente
Grau de Segurança do doente	D	Indique, por favor, o grau de segurança do doente nos seus locais de estágio

É aconselhado na literatura⁹¹ que a análise dos resultados se realize também através de uma escala de três níveis em vez de cinco níveis⁹¹, como tal foi necessário recodificar os cinco níveis de avaliação da escala de *Likert*⁹¹. Esta recodificação encontra-se descrita na Tabela 3.4.2.

Tabela 3.4.2 – Recodificação das escalas de *Likert* de cinco níveis para três níveis

Níveis originais (cinco níveis)	Níveis recodificados (três níveis)
Discordo fortemente/Nunca	Negativo
Discordo/Raramente	
Não concordo, Nem discordo/Por vezes	Neutro
Concordo/A maioria das vezes	Positivo
Concordo fortemente/Sempre	

Os resultados positivos acima de 75% classificam a CSD como sendo forte, e os resultados abaixo de 50% classificam a CSD como sendo fraca⁹¹.

3.5. Questões éticas e de confidencialidade de dados

Para a realização do estudo foram enviados pedidos formais, via *email* e via carta registada, a todas as Instituições de Ensino Politécnico Público em Portugal, na pessoa dos respetivos presidentes/coordenadores de cada uma das Instituições. As respostas de cada Instituição participante no estudo encontram-se nos Anexo III, Anexo IV, Anexo V, Anexo VII e Anexo VIII. Os questionários foram disponibilizados através de um *link* de preenchimento *online* para cada uma das instituições, que posteriormente foi divulgado de forma interna por cada Instituição aos estudantes do último ano das LTS.

É de salientar ainda que o estudo em causa foi aprovado pelo Conselho de Ética (Anexo VI) e pelo Conselho Técnico-Científico (Anexo IX) do IPL-ESTeSL.

Os dados recolhidos foram unicamente utilizados para a realização desta investigação no âmbito do projeto aqui descrito e analisado.

3.6. Estudo de dados

Para o estudo e registo dos dados obtidos foram utilizados os *softwares Microsoft Office Excell 2010[®]* e *Statistical Package for Social Sciences version 21[®]*.

4. Apresentação e Discussão dos Resultados

A discussão e a apresentação dos resultados da CSD na óptica dos estudantes são realizadas em conjunto neste capítulo, pois permite uma avaliação mais clara dos mesmos. A CSD é uma temática que é avaliada através das dimensões presentes no questionário HSPSC, que são compostas por 3 ou 4 itens, como tal, de seguida apresentam-se os resultados obtidos em cada item e em cada dimensão, verificando dessa forma quais os pontos fortes e fracos da CSD.

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra foi constituída por 73 estudantes, sendo que a sua distribuição é maioritariamente do género feminino (86,3%) e apresenta idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos (83,6%), conforme indica a Tabela 4.1.1.

Verifica-se ainda que, a maioria dos questionários foi respondido por estudantes que frequentam o IPL-ESTeSL com um total de 42 (57,2%) respostas, representando dessa forma mais de metade da amostra. Pela mesma tabela constata-se que a Instituição de Ensino com menos adesão ao estudo foi o IPG-ESSG com apenas um questionário respondido (1,4%), seguindo-se pelo IPB-ESSB com dois questionários respondidos (2,7%).

Tabela 4.1.1 - Distribuição segundo o género e a idade por instituição de ensino

Género e Idade	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Feminino, <20 anos		1 (1,4%)				1 (1,4%)	2 (2,7%)
Feminino, 20-30 anos	5 (6,8%)	6 (8,2%)		14 (19,2%)	1 (1,4%)	35 (47,9%)	61 (83,6%)
Masculino, <20 anos				1 (1,4%)			1 (1,4%)
Masculino, 20-30 anos			2 (2,7%)			6 (8,2%)	8 (11%)
Masculino, >30 anos		1 (1,4%)					1 (1,4%)
Total N (%)	5 (6,8%)	8 (11%)	2 (2,7%)	15 (20,5%)	1 (1,4%)	42 (57,5%)	73 (100%)

Na Tabela 4.1.2., a amostra do estudo encontra-se distribuída segundo as Licenciaturas e respetivas Instituições de Ensino frequentadas. Verifica-se que a maioria dos estudantes inquiridos frequenta a Licenciatura em IMRT com 22 questionários respondidos (30,1%), seguindo-se da Licenciatura em FT com 16 questionários respondidos (21,9%). Da mesma forma verifica-se que a Licenciatura com menos questionários respondidos foi a de FC com apenas um estudante a responder ao questionário (1,4%).

Tabela 4.1.2 - Distribuição segundo a Licenciatura e a Instituição frequentadas

Género e Idade	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
AU				2 (2,7%)			2 (2,7%)
CBL				2 (2,7%)		7 (9,6%)	9 (12,3%)
DN	3 (4,1%)			2 (2,7%)		1 (1,4%)	6 (8,2%)
FM	2 (2,7%)		2 (2,7%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)		8 (11%)
FC				1 (1,4%)			1 (1,4%)
FT		8 (11%)		4 (5,5%)		4 (5,5%)	16 (21,9%)
IMRT				1 (1,4%)		21 (28,8%)	22 (30,1%)
ORT						3 (4,1%)	3 (4,1%)
OCV						6 (8,2%)	6 (8,2%)
Total N (%)	5 (6,8%)	8 (11%)	2 (2,7%)	15 (20,5%)	1 (1,4%)	42 (57,5%)	73 (100%)

Quando se analisam as respostas acerca do contacto dos estudantes com o tema em estudo durante o processo da sua formação académica, as respostas não reúnem um consenso. Partindo da análise da Tabela 4.1.3, verifica-se que existe uma divisão clara entre as respostas. A maioria dos estudantes afirma ter tido contacto com o tema em estudo, contudo as horas despendidas nesse contacto não reúnem consenso entre os inquiridos.

Tabela 4.1.3 – Durante a sua licenciatura, em alguma disciplina, teve contacto com o tema da Segurança do Doente? Acha que o número de horas de contacto com o tema foram as suficientes?

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
SIM, tive contacto com o tema. NÃO, as horas de contato não foram as suficientes		4 (5,5%)		8 (11%)	1 (1,4%)	16 (21,9%)	29 (39,7%)
SIM, tive contacto com o tema. SIM, as horas de contato foram as suficientes	3 (4,1%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)		16 (21,9%)	29 (39,7%)
NÃO, não tive qualquer contato com o tema	2 (2,7%)		1 (1,4%)	2 (2,7%)		10 (13,7%)	15 (20,5%)

4.2. Cultura de Segurança do Doente – Avaliação dos estudantes

Segundo a análise dos questionários preenchidos pelos estudantes, a dimensão que apresenta uma forte CSD é a *Aprendizagem organizacional- melhoria contínua* (93%), estes dados quando comparados com os obtidos num estudo anterior realizado aos profissionais a trabalhar em meio hospitalar português, verifica-se que esta dimensão também nos profissionais é a que apresenta um valor de CSD mais elevado, no entanto apenas fica pelos 65% de respostas positivas⁹². As dimensões com uma fraca CSD, na óptica dos estudantes são a *Dotação dos profissionais* (49%), a *Transferências e transições hospitalares* (44%) e a *Abertura na comunicação* (34%), quando comparamos com os dados obtidos pelos profissionais, verifica-se que as dimensões *Dotação dos profissionais* e *Resposta ao erro não punitiva* são as que apresentam valores fracos para a CSD, nomeadamente 34% e 26%⁹². Outra dimensão considerada pelos profissionais como tendo uma fraca CSD é o *Trabalho entre unidades* que apresenta um valor de 48%⁹². As restantes dimensões apresentam valores positivos entre os 53%-64% na óptica dos estudantes, quando comparadas com as respostas dadas pelos profissionais as restantes dimensões apresentam valores positivos entre os 52%-59%⁹², como se verifica pela Tabela 4.2.1. Nesta tabela encontram-se descritos os valores das percentagens de respostas positivas por cada

item, e para cada dimensão, a fim de se poder fazer a comparação entre as respostas dadas pelos estudantes e pelos profissionais que se encontram a trabalhar em meio hospitalar. É de notar que os estudantes em estudo durante os seus estágios foram integrados em meio hospitalar, de tal forma, a população mais próxima avaliada em Portugal são os profissionais que se encontram a trabalhar em meio hospitalar.

Tabela 4.2.1 - Resultados da CSD percentagem de respostas positivas por dimensão e itens dos estudantes face aos profissionais em meio hospitalar português

Dimensão/Item	Item	a)	b)	c) ⁹²	d) ⁹²
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	A3	93	93	74	65
Expectativas do gestor/supervisor e ações que promovam a segurança do doente	B1	42		63	
	B2r	60	64	47	59
	B3r	90		69	
Feedback e comunicação acerca do erro	C2	60	60	59	52
Perceções gerais sobre segurança do doente	A5r	66		56	
	A7	64	60	52	53
	A9	51		54	
Resposta ao erro não punitiva	A4r	58	58	33	26
Trabalho entre unidades	F1	48	53	49	48
	F2	58		52	
Dotação de profissionais	A1	55		41	
	A2r	59	49	19	34
	A6r	34		29	
Transferências e transições hospitalares	A8r	44	44	54	53
Abertura na comunicação	C1	37	34	64	52
	C3r	30		53	

a) Percentagem de respostas positivas a cada item avaliado pelos estudantes; b) Percentagem média positiva da dimensão avaliada pelos estudantes; c) Percentagem de respostas positivas a cada item avaliado pelos profissionais em meio hospitalar português; d) Percentagem média positiva da dimensão avaliada pelos profissionais em meio hospitalar português

A dimensão *Expectativas do gestor/supervisor e ações que promovam a segurança do doente*, permite avaliar se os orientadores/coordenadores de estágio valorizam as sugestões dos estudantes, e se reconhecem a sua participação na melhoria da SD. Neste estudo, esta dimensão obteve uma CSD com um valor médio positivo de 64% face ao valor de 59%⁹² obtido pelos profissionais, verifica-se que é uma dimensão com oportunidades de melhoria, quer na avaliação realizada pelos estudantes quer pelos profissionais, no entanto na óptica dos estudantes esta dimensão apresenta um valor de CSD um pouco mais elevado que o dos profissionais. Esta dimensão foi avaliada através de três itens, no caso dos estudantes e através de quatro itens no caso dos

profissionais. Os resultados obtidos neste estudo, na óptica dos estudantes encontram descritos de seguida.

Relativamente à questão “Os meus orientadores/coordenadores de estágio levam seriamente em consideração as sugestões dos estagiários para melhorar a segurança do doente” (Questão B1), verifica-se pela Tabela 4.2.2, que o valor positivo é de 42,4%, indicando uma CSD fraca, o que indica que este item desta dimensão necessita de intervenção para poder reverter este valor negativo num valor positivo de CSD.

Tabela 4.2.2 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio levam seriamente em consideração as sugestões dos estagiários para melhorar a segurança do doente (Questão B1)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	4 (5,5%)	2 (2,8%)	1 (1,4%)	8 (10,9%)	1 (1,4%)	15 (20,6%)	31 (42,4%)
Negativo		3 (4,1%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)		8 (10,9%)	14 (19,1%)
Neutro	1 (1,4%)	3 (4,1%)		5 (6,8%)		19 (26%)	28 (38,4%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 63%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que anda na ordem dos 43%. Desta forma pode-se dizer que na óptica dos estudantes este item apresenta uma fraca CSD, pois o valor obtido é inferior aos 50%.

No que se refere à questão “Sempre que existe pressão, os meus orientadores/coordenadores de estágio querem que eu trabalhe mais rapidamente, mesmo que isso implique usar atalhos” (Questão B2r), verifica-se que o valor positivo de CSD é de 60,3%, como se constata na Tabela 4.2.3.

Tabela 4.2.3 - Sempre que existe pressão, os meus orientadores/coordenadores de estágio querem que eu trabalhe mais rapidamente, mesmo que isso implique usar atalhos (Questão B2r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	4 (5,5%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	7 (9,6%)	1 (1,4%)	28 (38,4%)	44 (60,3%)
Negativo	1 (1,4%)	5 (6,8%)		3 (4,1%)		7 (9,6%)	16 (21,9%)
Neutro		1 (1,4%)		5 (6,8%)		7 (9,6%)	13 (17,8%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 47%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 60%.

Desta forma pode-se dizer que na óptica dos estudantes este item não apresenta uma fraca CSD, pois o valor obtido é superior a 50%, no entanto na óptica dos profissionais é um item que é avaliado como uma área problemática a necessitar de intervenção.

Relativamente à questão “Os meus orientadores/coordenadores de estágio não dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente” (Questão B3r), verifica-se que a CSD é forte pois apresenta um valor positivo de 90,4%, como indica a Tabela 4.2.4

Tabela 4.2.4 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio não dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (Questão B3r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	4 (5,5%)	8 (10,9%)	1 (1,4%)	14 (19,2%)	1 (1,4%)	38 (52,1%)	66 (90,4%)
Negativo						2 (2,7%)	2 (2,7%)
Neutro	1 (1,4%)		1 (1,4%)	1 (1,4%)		2 (2,7%)	5 (6,8%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 69%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 90%.

Desta forma pode-se dizer que na óptica dos estudantes este item apresenta uma forte CSD, pois o valor obtido é superior a 75%, no entanto na óptica dos profissionais é um item que se apresenta como uma oportunidade de melhoria.

A dimensão *Aprendizagem organizacional-melhoria contínua*, permite avaliar as mudanças positivas ocorridas através da aprendizagem com os erros, bem como verificar a sua efetividade. Neste estudo, esta dimensão foi onde se obteve uma CSD forte, com um valor positivo de 93%, sendo avaliada através de um item. Quando comparada com os profissionais, esta dimensão apresenta um valor de 65%⁹². Neste estudo este item foi avaliado através da pergunta “Nos locais de estágio trabalhamos ativamente para uma melhoria da SD” (Questão A3). Relativamente aos profissionais esta dimensão foi avaliada através de três itens. Os resultados obtidos pelas respostas dos estudantes deste estudo encontram-se descritos na Tabela 4.2.5.

Tabela 4.2.5 - Nos locais de estágio trabalhamos ativamente para uma melhoria da SD (Questão A3)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	5 (6,8%)	7 (9,5%)	2 (2,7%)	14 (19,2%)	1 (1,4%)	39 (53,5%)	68 (93,2%)
Negativo						1 (1,4%)	1 (1,4%)
Neutro		1 (1,4%)		1 (1,4%)		2 (2,7%)	4 (5,5%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 74%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 93%.

Desta forma pode-se dizer que na óptica dos estudantes este item apresenta uma forte CSD, pois o valor obtido é superior a 75%, no entanto na óptica dos profissionais é um item que se apresenta como uma oportunidade de melhoria.

Relativamente à dimensão *Percepções gerais sobre a segurança do doente*, esta dimensão permite avaliar se os sistemas e procedimentos existentes nas organizações de saúde previnem a ocorrência de eventos adversos que coloquem em causa a SD. Neste estudo, esta dimensão obteve uma CSD com um valor médio positivo de 60%, sendo avaliada através de três itens, cujos resultados obtidos se encontram descritos de seguida. Quando comparada com os profissionais, esta dimensão apresenta um valor de 53%⁹², sendo avaliada através de quatro itens⁹².

Relativamente à questão “É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem mais vezes nos locais de estágio” (Questão A5r), verifica-se pela Tabela 4.2.6, que o valor é positivo com 65,7%.

Tabela 4.2.6 – É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem mais vezes nos locais de estágio (Questão A5r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	3 (4,1%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	10 (13,7%)		31 (42,4%)	48 (65,7%)
Negativo	2 (2,7%)	3 (4,1%)		1 (1,4%)		4 (5,5%)	10 (13,7%)
Neutro		3 (4,1%)		4 (5,5%)	1 (1,4%)	7 (9,6%)	15 (20,5%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 56%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 66%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os profissionais como os estudantes identificam este item como uma oportunidade de melhoria.

No que se refere à questão “Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho” (Questão A7) esta também apresenta um valor positivo de 64,4%, como se verifica pela análise da Tabela 4.2.7.

Tabela 4.2.7 – Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho (Questão A7)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	2 (2,7%)	5 (6,9%)	2 (2,7%)	11 (15,1%)	1 (1,4%)	26 (35,6%)	47 (64,4%)
Negativo	3 (4,1%)	3 (4,1%)		2 (2,7%)		6 (8,2%)	14 (19,1%)
Neutro				2 (2,7%)		10 (13,7%)	12 (16,4%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 52%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 64%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os profissionais como os estudantes identificam este item como uma oportunidade de melhoria.

No que se refere à questão “Os procedimentos e sistemas existentes nos locais de estágio, são eficazes na prevenção de erros que possam ocorrer” (Questão A9), ainda temos um valor positivo de 50,6%, como se constata pela Tabela 4.2.8.

Tabela 4.2.8 – Os procedimentos e sistemas existentes nos locais de estágio, são eficazes na prevenção de erros que possam ocorrer (Questão A9)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	2 (2,7%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	9 (12,4%)	1 (1,4%)	23 (21,5%)	37 (50,6%)
Negativo	2 (2,7%)	2 (2,7%)		2 (2,7%)		2 (2,7%)	8 (11%)
Neutro	1 (1,4%)	5 (6,8%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)		17 (23,3%)	28 (38,4%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 54%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 51%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os profissionais como os estudantes identificam este item como uma oportunidade de melhoria.

A dimensão *Feedback e comunicação acerca do erro*, permite avaliar como os estudantes se sentem face a eventos adversos que tenham ocorrido e como foi a reação dos orientadores/coordenadores face aos mesmos. Permite ainda avaliar como foi a implementação das mudanças e a discussão de estratégias para evitar eventos adversos no futuro. Neste estudo esta dimensão apresentou um valor médio positivo de 60,3%, sendo avaliada através de um item. Quando comparada com os dados dos profissionais, esta dimensão apresenta um valor positivo de 52%⁹², sendo avaliada através de três itens.

Neste estudo o item foi avaliado através da questão “Nos meus locais de estágio discute-se sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer” (Questão C2), verificam-se os resultados obtidos através da Tabela 4.2.9.

Tabela 4.2.9 – Nos meus locais de estágio discute-se sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer (Questão C2)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	4 (5,5%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	12 (16,4%)	1 (1,4%)	22 (30,7%)	44 (60,3%)
Negativo		3 (4,1%)				7 (9,6%)	10 (13,7%)
Neutro	1 (1,4%)	2 (2,7%)		3 (4,1%)		13 (17,8)	19 (26%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 59%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 60%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os profissionais como os estudantes identificam este item como uma oportunidade de melhoria.

A dimensão *Abertura na comunicação*, permite avaliar como os estudantes sentem que podem conversar livremente sobre os eventos adversos que podem afetar o doente, bem como questionar os orientadores/coordenadores de estágio. Neste estudo esta dimensão apresentou um valor médio positivo de 34%, sendo avaliada através de um dois itens, cujos resultados se encontram descritos de seguida. Esta dimensão foi a que apresentou o valor mais baixo de todas as dimensões, revelando dessa forma CSD fraca. O que se verifica nesta dimensão é que em ambos os itens, o valor de respostas neutras é superior em ambos, comparativamente às respostas positivas e negativas. Quando se compara esta dimensão avaliada pelos estudantes face aos profissionais, verifica-se que os resultados obtidos são superiores nos profissionais, pois esta dimensão apresenta um valor de 52%⁹², sendo avaliada através de três itens nos profissionais.

Relativamente à questão “Os estagiários falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” (Questão C1), o valor positivo foi de 36,9%, face aos 46,6% de respostas neutras, tal facto pode ser verificado através da análise da Tabela 4.2.10.

Tabela 4.2.10 – Os estagiários falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente (Questão C1)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	2 (2,7%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	6 (8,2%)		15 (20,5%)	27 (36,9%)
Negativo	1 (1,4%)	1 (1,4%)		2 (2,7%)		8 (11%)	12 (16,5%)
Neutro	2 (2,7%)	5 (6,8%)		7 (9,6%)	1 (1,4%)	19 (26%)	34 (46,6%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 64%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 37%.

Desta forma pode-se indicar que os estudantes identificam este item como área crítica a necessitar de intervenção, no entanto na óptica dos profissionais este item apresenta-se como uma oportunidade de melhoria.

No que se refere à questão “Os estagiários têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo” (Questão C3r), o valor positivo foi de 30,1% face às respostas neutras que obtiveram um valor de 46,6%, tal facto pode ser verificado através da análise da Tabela 4.2.11. Este item apresenta um valor de CSD fraco, pois as respostas positivas são inferiores a 50%. Claramente os estudantes optaram por dar respostas neutras neste item, tal facto pode ter ocorrido por haver algum tipo de receio em responder.

Tabela 4.2.11 – Os estagiários têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo (Questão C3r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	2 (2,7%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)		12 (16,4%)	22 (30,1%)
Negativo	2 (2,7%)	3 (4,1%)		1 (1,4%)	1 (1,4%)	10 (13,7%)	17 (23,3%)
Neutro	1 (1,4%)	3 (4,1%)		10 (13,7%)		20 (27,4%)	34 (46,6%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 53%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 30%.

Desta forma pode-se indicar que os estudantes identificam este item como área crítica a necessitar de intervenção, no entanto na óptica dos profissionais este item apresenta-se como uma oportunidade de melhoria.

A dimensão *Trabalho entre Unidades*, permite avaliar se os diferentes serviços e unidades distintas cooperam e colaboram entre si para promover o melhor dos cuidados de saúde ao doente. Neste estudo esta dimensão apresentou um valor

médio positivo de 53% para a CSD, sendo avaliada através de dois itens, cujos resultados se encontram descritos de seguida. Quando comparada com os dados obtidos pelos profissionais esta dimensão apresentou um valor positivo na ordem dos 48%⁹² de CSD, sendo avaliada através de quatro itens⁹².

Relativamente à questão “Existe uma boa colaboração entre os locais de estágio e outras entidades que precisam de trabalhar em conjunto” (Questão F1), o valor positivo foi de 47,9%, no entanto o valor de respostas neutras foi muito semelhante ao das respostas positivas, tal facto pode ser verificado através da análise da Tabela 4.2.12.

Tabela 4.2.12 – Existe uma boa colaboração entre os locais de estágio e outras entidades que precisam de trabalhar em conjunto (Questão F1)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAIg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	3 (4,1%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	12 (16,5%)	1 (1,4%)	16 (21,9%)	35 (47,9%)
Negativo	1 (1,4%)	1 (1,4%)		1 (1,4%)		3 (4,1%)	6 (8,2%)
Neutro	1 (1,4%)	6 (8,2%)		2 (2,7%)		23 (31,5%)	32 (43,8%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 49%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 48%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os estudantes como os profissionais identificam este item como área crítica a necessitar de intervenção.

No que se refere à questão “Os locais de estágio funcionam bem em conjunto com outras entidades para prestarem os melhores cuidados ao doente” (Questão F2), o valor positivo foi de 57,5%, como se verifica pela análise da Tabela 4.2.13.

Tabela 4.2.13 – Os locais de estágio funcionam bem em conjunto com outras entidades para prestarem os melhores cuidados ao doente (Questão F2)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	2 (2,7%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)	13 (17,8%)	1 (1,4%)	21 (28,4)	42 (57,5%)
Negativo		1 (1,4%)				4 (5,5%)	5 (6,8%)
Neutro	3 (4,1%)	4 (5,5%)		2 (2,7%)		17 (23,3%)	26 (35,6%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 52%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 58%.

Desta forma pode-se indicar que tanto os estudantes como os profissionais identificam este item como uma área com oportunidade de melhoria.

A dimensão *Dotação dos Profissionais*, permite avaliar se existem meios humanos capazes de lidar com a carga horaria de trabalho e se esta é adequada à prestação de cuidados. Neste estudo esta dimensão apresentou um valor médio positivo de 49%, sendo avaliada através de três itens, cujos resultados se encontram descritos de seguida. Esta dimensão também apresentou um valor baixo referente à CSD, indicando uma CSD fraca. Quando comparada com a avaliação dos profissionais, estes também consideram que a CSD é fraca, apresentando um valor positivo de 34%⁹², avaliado através de quatro itens⁹².

No que se refere à questão “Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido” (Questão A1), o valor positivo foi de 54,8%, como se pode verificar pela análise da

Tabela 4.2.14, apresenta um valor de CSD positivo de 54,8%. É de salientar que apesar do valor positivo da CSD referente à questão retratada as respostas foram maioritariamente negativas por parte dos estudantes das Instituições UAAlg-ESS e UA-ESSA.

Tabela 4.2.14 – Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido (Questão A1)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	1 (1,4%)	1 (1,4%)		9 (12,4%)		29 (39,8%)	40 (54,8%)
Negativo	4 (5,5%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)		9 (12,3%)	22 (30,2%)
Neutro		3 (4,1%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	11 (15,1%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 41%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 55%.

Desta forma pode-se indicar que os profissionais identificam este item como área crítica a necessitar de intervenção, no entanto na óptica dos estudantes este item apresenta-se como uma oportunidade de melhoria.

No que se refere à questão “Os estudantes trabalham mais horas por turno de estágio do que seria desejável na prestação de cuidados”, descrita na Tabela 4.2.15, também apresenta um valor positivo 58,9%.

Tabela 4.2.15 – Os estudantes trabalham mais horas por turno de estágio do que seria desejável na prestação de cuidados (Questão A2r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	4 (5,5%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	10 (13,7%)		24 (32,9%)	43 (58,9%)
Negativo		3 (4,1%)			1 (1,4%)	5 (6,9%)	9 (12,3%)
Neutro	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)		13 (17,8%)	21 (28,8%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor consideravelmente inferior a este item na ordem dos 19%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 59%.

Desta forma pode-se indicar que os estudantes identificam este item como uma área com oportunidades de melhoria, face aos profissionais que a classificam como uma área crítica a necessitar de intervenção.

Relativamente à questão “Nos locais de estágio trabalhamos em “modo crise” tentando fazer muito, demasiado depressa” (Questão A6r), verifica-se que a maioria das respostas foram neutras com 41%, face aos 34,2% de respostas positivas. Tal como se pode verificar pela análise da Tabela 4.2.16.

Tabela 4.2.16 – Nos locais de estágio trabalhamos em “modo crise” tentando fazer muito, demasiado depressa (Questão A6r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	1 (1,4%)	1 (1,4%)		6 (8,2%)		17 (23,2%)	25 (34,2%)
Negativo	1 (1,4%)	7 (9,6%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	16 (21,9%)	30 (41%)
Neutro	3 (4,1%)		1 (1,4%)	5 (6,8%)		9 (12,3%)	18 (24,7%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 29%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 34%.

Desta forma pode-se indicar que quer os estudantes quer os profissionais identificam este item como uma área crítica a necessitar de intervenção.

A dimensão *Resposta ao Erro não Punitiva*, permite avaliar se os estudantes se sentem em relação aos seus eventos adversos, se eles pensam que esses eventos podem ser utilizados contra eles e guardados no registo individual de cada um. Neste estudo esta dimensão apresentou um valor médio positivo de 58%, sendo avaliada

através de um item, cujo resultado se encontra descrito de seguida. Quando comparado com os dados obtidos pelos profissionais, esta dimensão apresenta-se com uma CSD fraca na óptica dos profissionais, pois apresenta um valor positivo que ronda os 26%⁹². Nos profissionais esta dimensão foi avaliada através de três itens.

Relativamente à questão “Os estudantes estagiários sentem que os erros são utilizados contra si” (Questão A4r), o resultado foi positivo com 58%, como se pode verificar pela Tabela 4.2.17. Pela análise da mesma tabela verifica-se que todos os estudantes de todas Instituições de Ensino responderam de forma maioritariamente positiva com exceção da Instituição de Ensino IPG-ESSG em que a resposta foi negativa.

Tabela 4.2.17 – Os estudantes estagiários sentem que os erros são utilizados contra si (Questão A4r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	5 (6,8%)	6 (8,2%)	1 (1,4%)	8 (11%)		22 (30,2%)	42 (57,5%)
Negativo		1 (1,4%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	10 (13,7%)	17 (23,3%)
Neutro		1 (1,4%)		3 (4,1%)		10 (13,7%)	14 (19,2%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor consideravelmente inferior a este item na ordem dos 33%⁹², face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 58%.

Desta forma pode-se indicar que os estudantes identificam este item como área com oportunidades de melhoria, no entanto na óptica dos profissionais este item apresenta-se como uma área crítica a necessitar de intervenção.

A dimensão *Transferências e Transições Hospitalares*, permite avaliar se as informações importantes sobre o doente são transferidas entre os serviços e durante as mudanças de turnos. Nesta dimensão o valor positivo foi de 44%, o que indica uma fraca CSD. Esta dimensão foi avaliada através de um item, cujo resultado se encontra

descrito de seguida. Quando comparada com os profissionais, esta dimensão apresenta um valor inferior, pois os profissionais avaliam esta dimensão com um valor positivo de 53% para a CSD⁹². Esta dimensão nos profissionais foi avaliada através de quatro itens.

Relativamente à questão “Nas rotações existem problemas com a segurança do doente” (Questão A8r), o resultado positivo e o neutro foram iguais com valores de 43,8%, como se pode verificar pela análise da

Tabela 4.2.18.

Tabela 4.2.18 – Nas rotações existem problemas com a segurança do doente (Questão A8r)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAlg - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Positivo	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	6 (8,2%)		22 (30,2%)	32 (43,8%)
Negativo	1 (1,4%)	2 (2,7%)		2 (2,7%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	9 (12,3%)
Neutro	3 (4,1%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	7 (9,6%)		17 (23,3%)	32 (43,8%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor superior a este item na ordem dos 54%⁹² face ao valor obtido pelos estudantes que se encontra na ordem dos 44%, de salientar ainda que nesta dimensão tanto o valor de respostas positivas como neutras foi igual, no caso dos estudantes.

Desta forma pode-se indicar que os estudantes identificam este item como área crítica a necessitar de intervenção, no entanto na óptica dos profissionais este item apresenta-se como uma oportunidade de melhoria.

A dimensão do *Grau de Segurança do Doente*, permite avaliar a perceção dos estudantes sobre os locais de estágio, as normas e todos os procedimentos que são realizados na prestação de cuidados do doente. Esta dimensão foi avaliada com recurso a um item com a seguinte questão “Indique por favor, o grau de segurança do doente nos seus locais de estágio” (Questão D). Neste estudo as respostas forma maioritariamente descritas como “Muito Bom” com um valor positivo de 64,4% como

se pode verificar pela análise da Tabela 4.2.19, neste item não se verificaram respostas negativas.

Tabela 4.2.19 – Indique por favor, o grau de segurança do doente nos seus locais de estágio (Questão D)

	Instituição de Ensino						Total N (%)
	UAig - ESS	UA- ESSA	IPB - ESSB	IPC - ESTSC	IPG - ESSG	IPL- ESTeSL	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Excelente	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)			4 (5,5%)	7 (9,6%)
Muito Bom	3 (4,1%)	4 (5,5%)	1 (1,4)	12 (16,4%)		27 (27%)	47 (64,4%)
Aceitável	1 (1,4%)	3 (4,1%)		3 (4,1%)	1 (1,4%)	11 (15,1%)	19 (26,1%)

Quando se compara este item avaliado pelos estudantes face ao mesmo item avaliado pelos profissionais, verifica-se que os profissionais atribuem um valor inferior a este item na ordem dos 7% para uma designação “Excelente”, de 43% para uma designação “Muito Boa”, e de 41% para uma designação “Aceitável”⁹². Comparativamente aos dados obtidos na óptica dos estudantes os valores obtidos foram substancialmente superiores para estas três designações, nomeadamente 10% para uma designação de “Excelente”, 65% para uma designação de “Muito Bom” e 26% para uma designação de “Aceitável”.

Face aos resultados obtidos neste estudo fez-se uma análise comparativa com os dados existentes em Portugal, recolhidos em meio Hospitalar pelo Departamento da Qualidade da Direção-Geral da Saúde, nos anos de 2011 e 2015. Por não haver estudos comparativos com este questionário realizado a estudantes optei por realizar o estudo comparativo com a população mais próxima aos estudantes das LTS. Essa análise encontra-se descrita na

Tabela 4.2.20.

Tabela 4.2.20 – CSD dos Estudantes face aos Profissionais do meio Hospitalar Português

Dimensão	a) (%)	b) (%) ⁹²	c) (%) ⁶⁸
	2018	2015	2011
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	93	65	68

Expectativas do gestor/supervisor e ações que promovam a segurança do doente	64	59	62
---	----	----	----

Continuação da Tabela 4.2.20 – CSD dos Estudantes face aos Profissionais do meio Hospitalar Português

Dimensão	a) (%)	b) (%) ⁹²	c) (%) ⁶⁸
	2018	2015	2011
Feedback e comunicação acerca do erro	60	52	54
Perceções gerais sobre segurança do doente	60	53	59
Resposta ao erro não punitiva	58	26	41
Trabalho entre unidades	53	48	51
Dotação de profissionais	49	34	47
Transferências e transições hospitalares	44	53	59
Abertura na comunicação	34	52	52

a) CSD avaliada pelos estudantes em estudo; b) CSD avaliada pelos profissionais portugueses em meio hospitalar, dados DGS; c) CSD avaliada pelos profissionais portugueses em meio hospitalar, dados DGS

Verifica-se que na óptica dos estudantes temos a dimensão Aprendizagem organizacional-melhoria contínua como sendo a única dimensão com uma CSD forte, comum valor positivo de 93%. Na mesma óptica os estudantes consideraram que as dimensões Dotação dos profissionais, Transferências e transições hospitalares e Abertura na comunicação como sendo as dimensões com uma CSD fraca, apresentando valores positivos de 49%, 44% e 34% respetivamente. Quando se analisam os resultados comparativamente aos profissionais, verifica-se que entre o ano de 2011 e o ano de 2015 todas as dimensões apresentam uma diminuição dos seus valores positivos para uma CSD. A dimensão que apresentou um maior decréscimo de respostas positivas foi a Resposta ao erro não punitiva. Numa análise generalista a CSD apresenta valores superiores quando avaliada pelos estudantes face aos profissionais como se constata pelos dados apresentados na

Tabela 4.2.20.

5. Conclusão e considerações finais

Após uma análise global dos resultados dos questionários realizados aos estudantes que se encontram a frequentar o último ano das LTS, verifica-se que a única dimensão que apresenta uma CSD forte é a *Aprendizagem organizacional – melhoria continua*. As dimensões *Expectativas do gestor/supervisor e ações que promovam a segurança do doente*, *Feedback e comunicação acerca do erro*, *Percepções gerais sobre segurança do doente*, *Reposta ao erro não punitiva*, e *Trabalho entre unidades* apresentam valores de CSD superiores a 50%. As dimensões com uma CSD fraca, pois os valores positivos são inferiores a 50%, segundo os critérios de avaliação dos estudantes foram as dimensões *Dotação de profissionais*, *Transferência entre unidades* e *Abertura na comunicação*.

Desta forma constata-se que pela percepção dos estudantes das LTS que em oito das nove dimensões avaliadas, a CSD não é elevada, podendo desta forma ser trabalhada e melhorada. Relativamente às três dimensões menos bem classificadas, estas têm que ser revistas pois apresentam pontos muito fracos e críticos na CSD. No que se reporta às dimensões que apresentaram valores de CSD entre 50%-75% apresentam-se como dimensões com uma CSD onde existem oportunidades de melhoria.

Os estudantes identificaram o grau de segurança do doente, como “Muito Bom”, esta identificação é importante do ponto de vista do doente, uma vez que, os estudantes numa análise geral consideram que os locais de estágio que frequentaram são seguros, transitando desta forma uma confiança para o doente aquando a prestação dos cuidados de saúde.

No entanto a amostra deste estudo não se revelou ser representante da população-alvo, como tal e com base nos resultados obtidos sugere-se que este estudo possa ser desenvolvido novamente e que os questionários sejam realizados por uma amostra superior. Apesar de existirem Instituições em que a realização do estudo tenha sido autorizada, não se verificou qualquer adesão por parte dos estudantes na sua colaboração.

Com base nos resultados da Tabela 4.1.3, constata-se que não existe uma uniformização das respostas obtidas, sendo que os estudantes se encontram divididos em relação ao tempo de contacto com o tema, pelo que se sugere que devam ser desenvolvidas ações de sensibilização e promoção da CSD pelos estudantes das LTS. Com uma maior consciencialização sobre a CSD é expectável que no futuro as dimensões se apresentem com valores de CSD mais elevados, contribuindo desta forma para valores fortes nas instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Conclui-se então, que foi possível responder à questão de investigação deste estudo, bem como aos objetivos do mesmo.

6. Referências bibliográficas

1. Campos L, Saturno P, Carneiro AV. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa; 2010
2. Boaden R. Quality improvement: theory and practice in healthcare. NHS Institute for Innovation and Improvement [internet]. United Kingdom; 2008 [cited 2017 oct 15]. Available from:<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Quality+Improvement:+Theory+and+Practice+in+HEALTHCARE#1>
3. França M. A abordagem sistêmica na gestão da qualidade. Revista Qualidade em Saúde. Nr.13. Dezembro 2005
4. Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005 Available from:<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
5. Mir-Abellán R, Falcó-Pegueroles A, Puente-Martorell ML. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. GAC Sanit. 2017; 31(2):145-149
6. Alonazi NA, Alonazi AA, Saeed E, Mohamed S. The perception of safety culture among nurses in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. Sudanese Journal of Paediatrics. 2016;16(2):51-58
7. Fragata J. Segurança dos doentes: Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel. 2011
8. Nieva VF, Sorra J. Safety Culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Quality and Safety Healthcare. 2003; 12(2):17-23
9. Mendes CMFGS, Barroso FFM. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Rev Port Saúde Pública. 2014;32(2):197-205
10. Silva EMB, Pedrosa DLL, Leça APC, Silva DM. Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. Revista Enfermagem de Referência. 2016; IV(9)87-95
11. Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(5):757-763
12. Santiago THR, Turrini RNT. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(Esp):123-130
13. Alberti KGMM. Medical errors: a common problema. BMJ 2001;322:501-2

14. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011; III (4):37-48
15. Faria PL. Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. *Ver Port Saúde Pública*. 2010; Vol Temat(10):81-8
16. Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 mar;38(1):e64996
17. Sexton JB, Helmerich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(44):1-10
18. Elmontsri M, Almashrafi A, Banarsee R, Majeed A. *BMJ Open* Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e013487. doi:10.1136/bmjopen-2016-013487
19. Cauduro FLF. *Avaliação da Cultura de Segurança em Unidades Cirúrgicas [dissertation]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013
20. Plaza MJM, Hueso FJC, Blasco MC, Asensi AM, Capella RM, Benbrahim NF. Evolución de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de media-larga estancia: indicadores de seguimiento. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2017; 40(1) enero-abril
21. Mira JJ et al. A Spanish-language patient safety questionnaire to measure medical and nursing students' attitudes and knowledge. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):110-9
22. Costa R, Padilha MI. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc Anna Nery*. 2012 abr-jun;16(2):247-55
23. Direção-Geral da Saúde. Norma da Direção-Geral da Saúde número 025/2013. Lisboa;2013
24. Direção-Geral da Saúde. Norma da Direção-Geral da Saúde número 005/2018. Lisboa;2018
25. Sankaranarayanan K. Safety Attitudes Questionnaire A way to measure "Culture of Safety". In: *URMPM World Congress 9th*, London, United Kingdom, September, 2012 [cited 2017 jul 5]. Available from:<https://www.slideshare.net/KrishnanSankaranaray/safety-attitudes-questionnaire-a-way-to-measure-culture-of-safety>

26. Marcelino LMMMS. Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários – ULS Guarda [dissertation]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu; 2016
27. Pimenta LC. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente e Propostas de Melhoria [dissertation]. Lisboa: Escola Superior de Saúde de Lisboa; 2013
28. Calado DDC. Avaliação da Cultura de Segurança num Serviço de Medicina Nuclear [dissertation]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2013
29. Sousa AM. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2013
30. Castilho AFOM. Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança [dissertation]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto; 2014
31. Eiras M. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia [dissertation]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2011
32. Águas RAS. Cultura de Segurança Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version) para a população portuguesa [dissertation]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde; 2016
33. Saraiva DMRF. Tradução, adaptação cultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para Portugal [dissertation]. Covilhã: Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas; 2015
34. Correia AJC. Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente Internado no Hospital das Forças Armadas – Unidade Hospitalar do Lumiar [dissertation]. Lisboa: Instituto de Estudos Superiores Militares; 2011/2012
35. Memozo J. Gestão da Qualidade na Saúde. Brasil. (1ª ed.): Editora Manole Ltda.
36. Donabedian. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. I – The definition of Quality and approaches to its assessment. Health Administration Press; 1972.
37. Donabedian. An Introduction to Quality assurance in Health care, cap. Iv. Selecting aproches to assessing performance. Oxford University Press; 2003.
38. Bruno P. Registo de incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal. Coimbra: Wolters Kluwer Portugal
39. Silva AM, Domingos AP. Carta de Tallinn – Países Europeus querem reformar sistemas de saúde. Ordem dos Enfermeiros. 2008; vol. 30:55-58

40. Ito S, Seto K, Kigawa M, Fujita S, Hasegawa T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC health services research: BioMed Central Ltd. 2011 Jan;11(1):28
41. Gama ZAS, Saturno P. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2013;29-39
42. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. BMC health services research [internet]. 2010 [cited 2017 jun 3]. Available from:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2835702&tool=pmc_entrez&rendertype=abstract
43. Bates D, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha A. Global priorities for patient safety research [internet]. BMJ; 2009 [cited 2017 jun 15]. Available from:http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf?9f51636471d7bda12d&destination=node%25252F355837%25253Fkeytype%25253Dref%252526ijkey%25253DNg5ZUVkThdMUx4Z
44. Travassos C, Caldas B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2013; 19-27
45. Institute of Medicine. To error is human: Building a Safer Health System. 1999
46. Fragata J. Risco Clínico – complexidade e performance. Coimbra: Edições Almedina, SA. 2006.
47. Wachter R. Compreendendo a segurança do paciente. Brasil: Artmed Editora S.A. 2012 (1ªed.)
48. Zwart DLM, Langlaan M, Van de Vooren RC, Kuyvenhoven MM, Kalkman CJ, Verheij TJM, et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of “SCOPE”. BMC family practice: BioMed Central Ltd. 2011 Jan;12(1):117
49. Delgado M. A melhoria contínua da qualidade. Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras; 2009;45-55
50. WHO. Quality of Care – A Process for making strategic choices in Health Systems. WHO; 2006.
51. Sousa P, Uva A, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente [internet]. 2010 [cited 2017 set 24]. Available from:<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigação%20e%20inovacao%20em%20seguranca%20do%20doente.pdf>

52. Foundation T health. Report: Measuring Safety Culture [internet]. 2011 [cited 2017 set 25]. Available from:http://63.111.106.54/pub_docs/testimonies/all/sp_20090616.pdf
53. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *Clinical Correspondence*. 2010;123(1314):1-7
54. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC health services research*. 2010;jan 10:199
55. Reason J. Human error: models and management [internet]. 2000 [cited 2017 dez 14]. Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1070929/pdf/wjm17200393.pdf>
56. Yule S. Safety culture and safety climate: A review of literature. Industrial Psychology Research Centre. United Kingdom: University of Aberdeen. 2003
57. Flin R, Winter J, Sarac C, Raduma M. Human factors in patient safety: review of topics and tools. Suíça: World Health Organization. 2009
58. Ooshaksaraie M. The impact of companies, age on safety culture in the metal products industry. *American Journal of Engineering and Applied Sciences*. 2009; 2(4):735-742
59. Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013
60. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Human factors study group third report: organizing for safety. London: Her Majesty's Stationery Office; 1993
61. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Healthcare*. 2006;15:109-15
62. Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 2007; 45:653-67
63. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progresso. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20:338-43
64. World Health Organization. Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente [internet]. 2011 [cited 2018 jan 7]. Available from:<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Conceptual+framework+for+th%20e+international+classification+for+patient+safety#0>
65. Davies HT, Nutley SM, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*. 2000;9:111-9
66. Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000;34(1):215-57

67. Feng X, Bobay K, Weiss M. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(3):310-9
68. Departamento da Qualidade em Saúde. Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses: resultados do estudo piloto. Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. Lisboa. 2011.
69. Palmieri P, Peterson L, Pesta B, Flit M, Saettone D. Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment and translation to human resource management. *Advanced Healthcare Management*. 2010;9:97-133
70. Ross J. Patient safety outcomes: the importance of understanding the organizational culture and safety climate. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2011;26(5):347-8
71. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como a dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2029-36
72. Direcção-Geral da Saúde. Avaliação da cultura de segurança dos doentes em hospitais. Norma 025/2013 de 20 de janeiro de 2014. Ministério da Saúde. Portugal
73. Bowman C, Neeman N, Sehgal NL. Enculturation of Unsafe Attitudes and Behaviors: Student Perceptions of Safety Culture. *Acad Med*. 2013 June;88(6):802-10
74. Reis FL. Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha. Lisboa: Factor; 2010
75. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Investigação Passo a Passo Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica. Lisboa: APMCG;2008
76. Fortin MF. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata; 2009
77. Direcção-Geral do Ensino Superior. Tecnologias da Saúde [Internet]. Lisboa: DGES; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/tecnologias-da-saude?plid=371>
78. Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto
79. Escola Superior de Saúde. Licenciaturas (1º Ciclo de Bolonha) [Internet]. Beja: IPBeja; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.ipbeja.pt/UnidadesOrganicas/ESS/Paginas/Licenciaturas.aspx>

80. Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde de Bragança. Licenciaturas [Internet]. Bragança: IPB; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<http://www.essa.ipb.pt/index.php/essa/cursos/licenciaturas>
81. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Licenciatura [Internet]. Castelo Branco: ESALD; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<http://www.ipcb.pt/esald/ensino#grau-142>
82. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Licenciaturas [Internet]. Coimbra: ESTESC; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<http://www.estescoimbra.pt/#>
83. Politécnico da Guarda Escola Superior de Saúde. 1º Ciclo-Licenciaturas [Internet]. Guarda: ESS; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:http://www.ess.ipg.pt/ensino_licenciaturas.aspx?codescola=4
84. Politécnico de Leiria Escola Superior de Saúde. Licenciaturas [Internet]. Leiria: IPLeia; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.ipleiria.pt/esslei/estudantes/pagina-dos-cursos/>
85. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. Licenciaturas [Internet]. Lisboa: ESTeSL; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.estesl.ipl.pt/cursos/licenciaturas>
86. Escola Superior de Saúde IPortalegre. Oferta formativa [Internet]. Portalegre: ESSP; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.essp.pt/pt/oferta-formativa/grau/?d=1>
87. Escola Superior de Saúde. Licenciaturas [Internet]. Porto: ESS; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.ess.ipp.pt/cursos/licenciatura>
88. Instituto Politécnico de Setúbal Escola Superior de Saúde. Licenciaturas [Internet]. Setúbal: ESS; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://www.ess.ips.pt/cursos/licenciaturas>
89. Universidade de Aveiro Escola Superior de Saúde. Oferta formativa [Internet]. Aveiro: ESSUA; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<http://www.ua.pt/essua/Page/22484>
90. Universidade do Algarve Escola Superior de Saúde. Licenciaturas [Internet]. Faro: UAlg ESS; 2018 [cited 2018 mar 17]. Available from:<https://ess.ualg.pt/pt/cursos/licenciatura>
91. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication No.04-0041. September 2004. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville. MD 2004
92. Direcção-Geral da Saúde. Relatório Segurança dos Doentes Avaliação da Cultura nos Hospitais [Internet]. Lisboa: DGS-Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 jan

07]. Available from: https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acsd_hh_relatorio-nacional_2014-vf5agostopdf-pdf.aspx

Anexo I - Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal – o caso dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde (questionário de preenchimento online)

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente no Ensino Politécnico Público em Portugal – o caso dos estudantes do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico XXXX, sobre a Cultura de Segurança do Doente

Exmo.(a) Estudante do Instituto Politécnico XXXX

Sou aluna da 6ª edição do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, desenvolvido em parceria entre o Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e da Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde, sob orientação da Professora Doutora Margarida Eiras, e estou a realizar um estudo sobre a Cultura de Segurança do doente na óptica dos estudantes dos últimos anos das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde.

Ficáramos muito gratas se pudesse colaborar connosco, concedendo alguns minutos do seu tempo para responder a este questionário. De referir que não existem respostas certas ou erradas e que é de extrema importância que as suas respostas sejam o mais sinceras possível.

Algumas questões poderão parecer-lhe semelhantes, mas reflita cuidadosamente e responda a todas elas de forma honesta. As suas respostas serão completamente anónimas e confidenciais, destinadas apenas a tratamento estatístico.

Qualquer dúvida que queira ver esclarecida não hesite em contactar-me através do email: anasilva1991@gmail.com

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Filipa Adão da Silva

Secção A - Tenha em consideração os locais de estágio por onde passou e a sua experiência nos mesmos.

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca dos locais de estágio por onde passou. Utilize para isso a escala indicada:

	Discordo Fortemente (1)	Discordo (2)	Não concordo, Nem concordo (3)	Concordo (4)	Concordo Fortemente (5)
1 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido					
2 - Os estudantes trabalham mais horas por turno de estágio do que seria desejável na prestação de cuidados					
3 - Nos locais de estágio trabalhamos ativamente para uma melhoria da segurança do doente					
4 - Os estudantes estagiários sentem que os erros são utilizados contra si					
5 - É apenas por sorte que erros graves não ocorrem mais vezes nos locais de estágio					
6 - Nos locais de estágio trabalhamos em "modo crise" tentando fazer muito, demasiado depressa					
7 - Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho					
8 - Nas rotações existem problemas com a segurança do doente					
9 - Os procedimentos e sistemas existentes nos locais de estágio, são eficazes na prevenção de erros que possam ocorrer					

Secção B - Tenha em consideração os seus orientadores/coordenadores de estágio dos locais por onde passou.

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca dos seus orientadores/coordenadores de estágio. Utilize para isso a escala indicada:

	Discordo Fortemente (1)	Discordo (2)	Não concordo, Nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Fortemente (5)
1 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio levam seriamente em consideração as sugestões dos estagiários para melhorar a segurança do doente					
2 - Sempre que existe pressão, os meus orientadores/coordenadores de estágio querem que eu trabalhe mais rapidamente, mesmo que isso implique usar atalhos					
3 - Os meus orientadores/coordenadores de estágio não dão atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente					

Secção C - Comunicação

Indique, por favor, com que frequência ocorrem este tipo de situações nos seus locais de estágio. Para responder utilize a escala indicada:

	Nunca (1)	Raramente (2)	Por vezes (3)	A maioria das vezes (4)	Sempre (5)
1 - Os estagiários falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente					
2 - Nos meus locais de estágio discute-se sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer					
3 - Os estagiários têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo					

Secção D - Grau de Segurança do Doente

Indique, por favor, o grau de segurança do doente nos seus locais de estágio (assinale apenas uma opção)

- Excelente
- Muito Boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

Secção E - Os seus locais de estágio

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca dos seus locais de estágio. Para isso utilize a escala indicada.

	Discordo Fortemente (1)	Discordo (2)	Não concordo, Nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Fortemente (5)
1 - Existe uma boa colaboração entre os locais de estágio e outras entidades que precisam de trabalhar em conjunto					
2 - Os locais de estágio funcionam bem em conjunto com outras entidades para prestarem os melhores cuidados ao doente					

Secção F – Licenciatura

- Audiologia
- Ciências Biomédicas e Laboratoriais
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fisiologia Clínica
- Imagem Médica e Radioterapia

- Ortóptica e Ciências da Visão
- Ortoprotesia
- Saúde Ambiental
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional
- Outro

Género e Idade

Feminino, <20 anos

Masculino, <20 anos

<input type="checkbox"/>	Feminino, 20-30 anos	<input type="checkbox"/>	Masculino, 20-30 anos
<input type="checkbox"/>	Feminino, >30 anos	<input type="checkbox"/>	Masculino, >30 anos

Alguma vez tinha respondido a este questionário?

<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
--------------------------	-----	--------------------------	-----

No âmbito das suas tarefas/funções inerentes ao seu curso, usualmente nos estágios interage ou tem contacto direto com os doentes?

<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
--------------------------	-----	--------------------------	-----

Durante a sua Licenciatura, em alguma disciplina, teve contacto com o tema da Segurança do Doente? Acha que as horas de contacto com o tema foram as suficientes?

<input type="checkbox"/>	SIM, tive contacto com o tema. SIM, as horas de contacto foram as suficientes.
<input type="checkbox"/>	SIM, tive contacto com o tema. NÃO, as horas de contacto não foram as suficientes.
<input type="checkbox"/>	NÃO, não tive qualquer contacto com o tema.

Anexo II - Pedido de autorização, utilização e adaptação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* traduzido e validado para Português



Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Pedido de Autorização para utilização do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture" traduzido e validado para Português

2 mensagens

Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

20 de dezembro de 2017 às 16:10

Para: Margarida Eiras <[REDACTED]>

Ex.ma Professora Doutora Margarida Eiras

O meu nome é Ana Filipa Adão da Silva, sou aluna da 6ª edição do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, desenvolvido numa parceria entre a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde. O meu projeto de Mestrado incide na temática da Cultura de Segurança do Doente.

Venho desta forma solicitar a utilização do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture", por si traduzido e validado para português "Avaliação da Cultura de Segurança em Hospitais Portugueses".

O que pretendo estudar é a perceção dos alunos do último ano das Licenciaturas em Tecnologias da Saúde, dos Institutos Politécnicos Públicos em Portugal, como tal venho também solicitar a autorização para alteração demográfica da população em análise, bem como a utilização de apenas 8 dos 12 itens que constituem o questionário original, por não se adequarem à população demográfica em estudo.

O questionário será de preenchimento online e enviado para os representantes de cada instituição de ensino, de forma a promover a sua divulgação e preenchimento pelos alunos.

Caso necessite de mais alguma informação adicional sobre o estudo que pretendo desenvolver, estarei ao seu inteiro dispor.

Aguardo notícias da sua parte.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Filipa Silva
+351 919836449

margarida eiras <[REDACTED]>
Para: Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

20 de dezembro de 2017 às 18:07

Boa tarde

É com muito interesse que vemos o questionário ser usado para avaliar os níveis de cultura de segurança do doente nos alunos pré-graduados, futuros profissionais da saúde
Autorizamos por isso a sua utilização.

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras, PhD



[Citação ocultada]

Anexo III - Pedido de colaboração e respetiva resposta para a realização do estudo ao Instituto Politécnico de Bragança na Escola Superior de Saúde de Bragança

Autorizado
15/01/2018

Exma. Professora Doutora [REDACTED]
Diretora da Escola Superior de Saúde de Bragança

O meu nome é Ana Filipa Adão da Silva, sou aluna da 6ª edição do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, desenvolvido em parceria entre o Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde.

O meu projeto final de mestrado incide na temática da cultura de segurança do doente, sob orientação da Professora Doutora Margarida Eiras. Este encontra-se aprovado pelo Conselho Técnico-Científico do Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa à data de 13/12/2017.

O Objetivo é avaliar a perceção dos alunos dos últimos anos das licenciaturas das tecnologias em saúde, sobre a cultura de segurança do doente, uma vez que este tema tem sofrido uma evolução e preocupação crescentes. Os alunos a incluir no estudo serão apenas das Instituições Públicas de Ensino Politécnico.

Como forma de obter as respostas dos alunos, será através da resposta a 8 das 12 dimensões que compõem o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, validado e traduzido para Português, por preenchimento online através do link <https://pt.surveymonkey.com/r/SWSMGXC>

Gostaria de ter autorização para a passagem do questionário aos alunos que frequentam o Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde de Bragança, bem como solicitar a divulgação e preenchimento do questionário o mais breve possível, apenas pelos alunos que se encontram a frequentar o último ano das Licenciaturas em Ciências Biomédicas e Laboratoriais, Dietética e Nutrição e Farmácia.

Caso necessite de mais alguma informação adicional sobre o estudo em causa, estarei ao inteiro dispor de Vossa Excelência para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Desde já agradeço a atenção dispensada por Vossa Excelência e aguardo notícias da sua parte.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Filipa Silva

(anasilva1991@gmail.com; +351 919835449)

Anexo IV - Resposta ao pedido de colaboração no estudo ao Instituto Politécnico de Castelo Branco na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias



Ana Silva <anaasilva1991@gmail.com>

Colaboração em trabalho de Mestrado sobre a cultura de segurança do doente

Director da ESALD <[REDACTED]>
Para: Ana Silva <anaasilva1991@gmail.com>
Cc: Secretariado | ESALD <[REDACTED]>

9 de Janeiro de 2018 às 16:01

Exma. Senhora

Cara Colega

Fica autorizada a recolha de dados na nossa Escola. Sugiro que envie o link do questionário e faça chegar aos estudantes através do secretariado de docentes [REDACTED]

Ao dispor,

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Directora
Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Castelo Branco
Avenida do Emprego, Campus de Talagóia
6000-767 Castelo Branco

Tel: (+351) 272 340 568

Fax: (+351) 272 340 568

<http://www.ipcb.pt/ESALD/>



Instituição de ensino de nível superior e de investigação científica, criada em 1976, com o nome de Instituto Politécnico de Castelo Branco, e reorganizada em 2007, com o nome de Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Anexo V - Resposta ao pedido de colaboração no estudo ao Instituto Politécnico de Coimbra na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Colaboração em trabalho de Mestrado sobre a cultura de segurança do doente

Para: Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>
Cc: João Joaquim <[REDACTED]>

11 de janeiro de 2018 às 17:30

Exma. Sra. Ana Filipa Silva,

Relativamente ao assunto supra e, em resposta ao solicitado por V. Exa., cumpre informar que o seu pedido foi **autorizado** pelo Exmo. Sr. Presidente da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Dr. [REDACTED] por seu despacho de 10 de janeiro de 2018.

A Presidência da ESTeSC aproveita a oportunidade para lhe apresentar cumprimentos pelo trabalho a desenvolver, desejando-lhe as maiores felicidades.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

(Secretariado da Presidência da ESTeSC)

Anexo VI - Resposta do Conselho de Ética ao pedido de colaboração do Instituto Politécnico de Lisboa na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa



Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Parecer do projeto: CE-ESTeSL-Nº.01-2018

4 mensagens

Conselho de Ética da ESTeSL <[redacted]>

6 de março de 2018 às 18:40

Para: margarida eiras <[redacted]>

Cc: Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Referência do projeto: CE-ESTeSL-Nº.01-2018

Tipo de projeto: projeto de investigação do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, desenvolvido em parceria entre o Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e a Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde da estudante Ana Filipa Adão da Silva.

Título: "CARACTERIZAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NOS ESTUDANTES DE TECNOLOGIAS DA SAÚDE EM PORTUGAL"

Orientador/a: Margarida Eiras

Estudante/s: Ana Filipa Silva

Recebido: 22 janeiro 2018

Exmª. Senhora Profª. Doutora Margarida Eiras,

Após análise do projecto supracitado, o Conselho de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) decidiu por unanimidade que utilizando este projeto um questionário validado e anonimizado não necessita de parecer.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Presidente do Conselho de Ética da ESTeSL

PROFª. COORDENADORA [redacted]
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESTeSL

Anexo VII - Resposta ao pedido de colaboração do Instituto Politécnico de Portalegre da Escola Superior de Saúde



Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Colaboração em trabalho de Mestrado sobre a cultura de segurança do doente

Beatriz Costa Pinto <[redacted]>
Para: anasilva1991@gmail.com
Cc: Diretor da ESSP <[redacted]>

16 de janeiro de 2018 às 09:49

Cara Ana Filipa Adão da Silva

No seguimento do pedido efectuado, informamos que o estudo foi autorizado tendo a divulgação sido feita aos alunos do 3º ano do CLHO.

Com os melhores cumprimentos

[redacted]

Secretariado



A. de Santo António, 23 | 7300-075 Portalegre
T +351 245 300 430 | F +351 245 300 439



Formação, investigação e desenvolvimento científico tecnológico, serviços à comunidade e serviços sociais em todas as unidades orgânicas do IPP.

Anexo VIII - Resposta ao pedido de colaboração no estudo à Universidade do Algarve na Escola Superior de Saúde



Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

Colaboração em trabalho de Mestrado sobre a cultura de segurança do doente

Diretor ESSUAlg <[redacted]>
Para: Ana Silva <anasilva1991@gmail.com>

22 de janeiro de 2018 às 14:22

Em resposta ao vosso email e carta em anexo, sobre o assunto mencionado em epígrafe, vimos informar que se obteve autorização de todos os Diretores de Curso, exceto do Curso de Imagem Médica e Radioterapia.

Com os melhores cumprimentos,

Prof Doutor [redacted]

(Diretor da ESSUAlg)

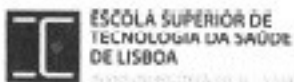
<https://www.facebook.com/ESSUAlg>

<http://ess.ualg.pt/home/>



Help save paper - do you need to print this e-mail?

Anexo IX - Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa ao estudo da Cultura de Segurança do Doente



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

Anexo 3
Aprovado, por unanimidade,
na reunião de CTC de
13/12/2017.

PROPOSTA DE TRABALHO FINAL – DOCUMENTO PARA NÍVEL CTC

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE	Nº de Estudante da ESTeSL 2009474
Nome completo: Ana Filipa Adão da Silva	
Mestrado: Gestão e Avaliação das Tecnologias em Saúde Edição: 6ª	
Título do trabalho: Avaliação da perceção dos estudantes do último ano da Licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia da ESTeSL sobre a cultura de segurança do doente (título provisório)	

2. Enquadramento/Pertinência do Trabalho (máx 200 palavras)
<p>O tema da qualidade e da segurança em saúde é nos dias de hoje uma área de grande preocupação e ascensão quer a nível Nacional como Internacional.</p> <p>Têm sido realizados estudos quer a nível Nacional quer a nível Internacional com o intuito de avaliar as questões da segurança do doente. Estes estudos têm revelado que a segurança do doente é uma vertente importante da qualidade e que merece uma atenção especial, permitindo caminhar para uma melhoria contínua.</p> <p>Em Portugal têm sido realizados alguns estudos no mesmo âmbito da cultura de segurança do doente, alguns instrumentos de medida têm sido traduzidos, validados e aplicados para avaliar a perceção da cultura de segurança do doente no nosso país.</p> <p>Dos estudos realizados em Portugal na área da perceção da cultura de segurança do doente, verifica-se que as ferramentas de medida apenas têm sido aplicadas aos profissionais de saúde que se encontram em execução das suas funções, nunca foi avaliada a perceção dos futuros profissionais de saúde que se encontram actualmente a ser formados.</p> <p>Tendo em consideração este fator, torna-se pertinente fazer este estudo aos futuros profissionais, despertando desta forma também a sua atenção para esta temática cada vez mais importante em saúde.</p>

3. Objetivos (máx 150 palavras)
<p>Avaliar a perceção acerca da cultura de segurança do doente por parte dos estudantes do último ano da Licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTeSL).</p> <p>Verificar qual das dimensões avaliadas no questionário é a que apresenta um maior conhecimento na perceção da cultura de segurança do doente, por parte dos estudantes que participam no estudo.</p> <p>Avaliar a adesão dos estudantes ao questionário.</p> <p>Sensibilizar os futuros profissionais de saúde e as instituições de ensino aderentes ao estudo para a reflexão acerca da cultura de segurança do doente em prol da segurança e qualidade nos cuidados de saúde.</p>

MOD 05 - GPPGC



4. Metodologia (máx 200 palavras)

O estudo será do tipo descritivo, prospetivo, correlacional e quantitativo. Os resultados serão obtidos através da aplicação do questionário "Hospital Survey on Patient Safety Culture", na versão traduzida e validada para português "Avaliação da cultura de segurança do doente em hospitais".

Aquando o pedido de autorização de utilização do questionário será solicitado a adaptação para a população demográfica em estudo, com o intuito apenas de incluir os itens que permitam a correta avaliação da perceção da população-alvo em análise.

O questionário será de preenchimento online, a população-alvo serão os estudantes que frequentam o último ano da Licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia da ESTeSL.

O questionário foi selecionado porque ele permite avaliar a perceção sobre a temática da cultura de segurança do doente, como tal é mais indicado para avaliar a perceção dos estudantes, uma vez que, actualmente os estudantes ainda não dispõem de conhecimentos suficientes para que se possa fazer uma avaliação do seu conhecimento acerca do tema.

O questionário é medido segundo uma escala de Likert graduada de um a cinco. Quanto à classificação das variáveis elas caracterizam-se como ordinais, nominais e quantitativas contínuas.

O(A) Mestrando (a) _____

O(S) (A(S)) Orientador(es) _____

Parecer do Conselho de Curso

O parecer está de acordo com o solicitado

PI O(A) Director(a) do Conselho de Curso _____