

Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses

Patient Safety Culture as perceived by portuguese nurses in district hospitals
Cultura de Seguridad del Enfermo percibida por enfermeros en hospitales distritales portugueses

António Manuel Martins Lopes Fernandes*
Paulo Joaquim Pina Queirós**

Resumo

Contexto: a Cultura de Segurança do Doente (CSD) apresenta-se como uma componente estruturante da Qualidade em Saúde. Os enfermeiros, atendendo às suas crenças, competências e características do seu desempenho, influenciam-na em definitivo. Objetivos: caracterizar a Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros, em hospitais distritais. Metodologia: estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal, realizado a partir de questionário sobre CSD. Resultados: dos 136 profissionais incluídos, 55,1% tem menos de 44 anos. Quatro dos doze fatores da CSD revelaram-se “críticos/problemáticos” e um “forte”. Dos 42 indicadores, cinco apresentam um percentual muito bom de respostas positivas (> 75%) e catorze apresentam-se “críticos/problemáticos”, com um percentual positivo inferior a 50%. Somente 46% dos enfermeiros atribui o grau de “muito bom” ou “excelente” à Segurança do Doente no seu serviço. O grupo dos 23-43 anos apresenta um percentual positivo inferior em nove fatores e superior num. Conclusão: a CSD apresenta-se como um fator crítico da Qualidade dos Cuidados, ao revelar apenas um fator forte. Estes profissionais revelaram-se céticos, sendo os mais novos menos positivos na sua apreciação. A Cultura identificada é caracterizada pelo paradigma da punição e ocultação do erro, com os enfermeiros convictos que, quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento.

Palavras-chave: segurança do doente; cultura de segurança; erro clínico; eventos adversos.

Abstract

Background: the Patient Safety Culture (PSC) is a structural component of the Quality in Health. Nurses, with their beliefs, competencies and characteristics of their performance, have a decisive influence in it. Objectives: to characterize the Patient Safety Culture perceived by nurses in district hospitals. Methodology: quantitative, descriptive-analytical and cross-sectional study conducted using a questionnaire on PSC. Results: 55.1% of the sample of 136 professionals was under 44 years of age. Four out of twelve factors of the PSC were considered “critical/problematic” and one “strong”. Of the 42 indicators, five had a very good percentage of positive answers (>75%) and fourteen were “critical/problematic”, with a positive percentage of <50%. Only 46% of the nurses considered patient safety in their services “very good” or “excellent”. Participants aged 23-43 had a lower positive percentage in nine factors and a higher percentage in one factor. Conclusion: PSC is a critical factor in the Quality of Care, because it presents only one strong factor. These professionals are sceptical, and the youngest ones are less positive in their evaluation. The culture identified is characterized by the paradigm of punishment and concealment of error. Nurses believe that, when an error is notified, they, instead of the action, become the centre of attention.

Keywords: patient safety; patient safety culture; clinical error; adverse events.

*Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Assistente Convocado (ESENfC), Pós-Graduação em Pedagogia da Saúde, Diploma de Suficiência Investigadora e de Estudos Avançados domínio da Medicina Preventiva e Saúde Pública – Universidade de Leon [amanuel@esenf.pt].

**Professor Coordenador (ESENfC), Enfermeiro Especialista Licenciado em Enfermagem de Reabilitação, Licenciado em História – (FLUC), Mestre em Saúde Ocupacional – (FMUC), Doutor em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica – Universidade da Estremadura [pauloq@esenf.pt].

Resumen

Contexto: la Cultura de Seguridad del Enfermo (CSD) se presenta como un componente estructurante de la Calidad en Salud. Los enfermeros, atendiendo a sus creencias, competencias y características de su desempeño, la influncian en definitivo. Objetivos: caracterizar la Cultura de Seguridad del enfermo percibida por enfermeros, en hospitales distritales. Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo-analítico y transversal, realizado a partir de un cuestionario sobre la CSD. Resultados: de los 136 profesionales incluidos, 55,1% tienen menos de 44 años. Cuatro de los doce factores de la CSD revelaron ser “críticos/problemáticos” y uno “fuerte”. De los 42 indicadores, cinco presentan un porcentaje muy bueno de respuestas positivas (>75%) y catorce presentan ser “críticos/problemáticos”, con un porcentaje positivo inferior a 50%. Solamente el 46% de los enfermeros atribuye el grado de “muy bueno” o “excelente” a la Seguridad del Enfermo en su servicio. El grupo de los 23-43 años presenta un porcentaje positivo inferior en nueve factores y superior en uno. Conclusión: la CSD se presenta como siendo un factor crítico, de la Calidad de los Cuidados, al revelar apenas un factor fuerte. Estos profesionales revelaron ser escépticos, los más jóvenes menos positivos en su apreciación. La Cultura identificada se caracteriza por el paradigma de la punición y ocultación del error, ya que los enfermeros están convencidos de que, cuando notificado el error, son ellos mismos el centro de la atención y no el evento.

Palabras clave: seguridad del enfermo; cultura de seguridad; error clínico; eventos adversos.

Recebido para publicação em: 15.11.10

Aceite para publicação em: 01.04.11

Introdução

A Segurança do Doente (SD) apresenta-se como uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde (Needleman *et al.*, 2002; Sousa, 2006; Villarreal Cantillo, 2007; Muiño Míguez *et al.*, 2007; Portugal, Ministério da Saúde, 2009). Segundo Vargas e Recio (2008), ter a segurança como principal aspecto da qualidade, combinando técnicas de qualidade e de segurança, integrando-as numa só cultura, deve ser uma estratégia global das organizações de saúde, tanto mais que os resultados obtidos, na última década, em vários estudos internacionais (Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Dinamarca, Espanha, França), permitem-nos afirmar que em cada cem doentes internados, 10 são vítimas de um Evento Adverso (EA), das quais 45% são classificados como evitáveis.

Sem estudos concluídos neste domínio, em Portugal os números são presumidos a partir da observância internacional. A este propósito é possível ler no relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS” que *«a prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e com potencial de causar danos colaterais nos doentes. É assim uma actividade de risco, estimando-se que em cada 100 internamentos hospitalares 10 se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes»* (Portugal, Ministério da Saúde, 2009, p. 16). Esta crescente complexidade dos sistemas de saúde, onde interatuam fatores pessoais, profissionais, organizativos, clínicos e tecnológicos potencialmente perigosos, ainda que eficazes, fazem da segurança do doente um imperativo global (Donaldson e Philip, 2004). A *National Patient Safety Agency* (UK) ao estabelecer sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes, define-o primeiro como: “Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa” (Sousa, 2006). Também a Organização Mundial de Saúde, ao equacionar áreas de investigação, aponta a comunicação, coordenação e cultura de segurança do doente como focos prioritários, definindo-a como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais, baseado em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido para minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados (World Health Organization, 2007).

Neste comportamento organizacional os enfermeiros têm uma enorme influência. Eles são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses e, por força das características do seu papel, os únicos profissionais clínicos que permanecem 24 horas junto dos doentes. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, com uma intervenção clínica determinante, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução. Aquilo que eles pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a Cultura de Segurança do Doente (CSD). Daí que, avaliar cultura de segurança do doente, na perspetiva dos enfermeiros, é um primeiro passo que nos pode ajudar a identificar áreas problemáticas ou fatores que se apresentem críticos.

Acresce ao exposto o facto de a experiência profissional ser encarada como um vetor essencial para a observância da segurança do doente e a idade, por sua vez, um indicador desta mesma experiência. Mais, como refere Hemman (2002) a CSD trata-se da filosofia que os líderes e profissionais seniores transmitem, influenciando o comportamento de todas as pessoas que trabalham na organização. Perceber se a CSD varia em função da idade profissional, poderá ajudar a esclarecer se estamos, ou não, perante um indicador útil para a definição de estratégias de gestão do risco clínico.

Partindo destas premissas, e atendendo à escassez de estudos portugueses neste domínio, surgiram-nos as seguintes questões de investigação: como se caracteriza a Cultura de Segurança do Doente percebida pelos enfermeiros em hospitais distritais da Região Centro de Portugal? Que fatores e indicadores da CSD se revelam fortes ou problemáticos? Como classificam estes enfermeiros a Segurança do Doente no seu serviço/unidade? A percepção da CSD difere entre os enfermeiros mais novos e os mais velhos?

Para dar resposta a estas interrogações propomo-nos a: identificar os aspetos fortes e os problemáticos da Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais da Região Centro de Portugal; caracterizar a CSD percebida pelos mesmos; perceber como classificam os enfermeiros, destes hospitais, a Segurança do Doente nos seus Serviços/Unidades; perceber se a Cultura de Segurança do Doente percebida difere entre os enfermeiros mais novos e os mais velhos.

Enquadramento teórico

Nas organizações de saúde, devido à complexidade organizacional e ao carácter multifatorial das situações que estão na base das falhas de segurança, em particular do doente (Sousa, 2006; Almeida, Abreu e Mendes, 2010), fatores relacionados com as prioridades da gestão e supervisão, a comunicação e aprendizagem, a cooperação e trabalho de equipa, os recursos humanos, o relato e notificação dos Eventos Adversos (EA's), a satisfação profissional ou a percepção do risco, são dimensões recorrentes nos diferentes conceitos de Cultura de Segurança do Doente (Reason, 2000; Sorra e Nieva, 2004; Muiño Míguez *et al.*, 2007). A investigação no domínio da CSD, em todas estas dimensões ou ocasionalmente circunscrita às mais problemáticas, tem permitido obter dados relevantes, não apenas para as organizações, mas também para as diferentes classes profissionais, em particular para os enfermeiros.

Por exemplo, em matéria de recursos humanos, num estudo de grande dimensão, citado pelo International Council of Nurses (ICN) (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.10), «os autores verificaram que cada doente adicional por enfermeiro com uma carga de quatro doentes estava associado a um aumento de 7% na probabilidade de morte no intervalo de 30 dias após a admissão e um aumento de 7% na probabilidade de insucesso no salvamento». Também Needleman *et al.* (2002), ao analisarem dados de 799 hospitais norte-americanos, concluíram que um melhor atendimento e resultados obtidos estavam associados ao maior número de horas de cuidados de enfermagem prestados.

Outro fator paradigmático da CSD que importa salientar é o relato e notificação dos EA's e as estratégias apresentadas para lidar com eles. Com efeito, o paradigma ou traço dominante da cultura de segurança do doente, ao longo dos tempos, tem sido a abordagem ao problema centrado na pessoa e no erro (Reason, 2000; Franco, 2005; Iglesias Alonso, Pardo García e Fernández Martín, 2009; Almeida, Abreu e Mendes 2010), na tentativa de resolver os problemas através da culpabilização e identificação do responsável. Historicamente, a cultura das instituições de saúde tem sido caracterizada pela punição, castigando o culpado quando sucede um erro (Franco, 2005).

Tem-se considerado ao longo dos tempos que a ocorrência dos EA's se deve às falhas humanas.

Esta forma, como tradicionalmente têm gerido as falhas e os EA's nos cuidados de saúde, com culpabilização e ostracismo perante as falhas e as potenciais consequências (Sousa, 2006), tem gerado uma cultura profissional muito mais de ocultação do que favorecedora da comunicação e da aprendizagem (Sousa, 2006; Bohomol e Ramos, 2007).

Uma das consequências mais nefastas é o reduzido número de notificações face ao número de eventos estimados (subnotificação), devido à retração dos profissionais de saúde para relatar o erro, por medo que seja visto apenas como negligência e possa provocar participação e processo disciplinar ou jurídico (Villarreal Cantilho, 2007).

Por exemplo, uma investigação datada de 1994, referida por Bohomol e Ramos (2007), demonstrou que o estigma da atitude negativa face ao erro de medicação e a complexidade dos relatórios e procedimentos foram a causa para que 40% dos erros de medicação não fossem notificados/relatados.

Estas conclusões saem reforçadas com os recentes estudos internacionais que evidenciaram a resposta punitiva ao erro, a notificação dos eventos adversos e respetiva frequência de notificação, como os aspectos mais críticos da CSD, transversal à generalidade dos profissionais e dos hospitais. Em média, cerca de 75% a 80% dos profissionais não relatou ou relatou menos do que dois EA's nos últimos 12 meses. (Saturno *et al.*, 2008; Smiths *et al.*, 2008; Agency for Healthcare Research and Quality, 2008).

Saber se estes e outros traços dominantes se perpetuam geracionalmente, por força da filosofia que os líderes e profissionais seniores transmitem, influenciando o comportamento dos mais novos, afigura-se como um potencial foco de investigação no domínio da cultura organizacional. Hindle *et al.* (2008), num estudo levado a cabo na Roménia, concluiu que um dos grandes obstáculos para a melhoria da segurança do doente é a falta de comunicação entre funcionários seniores e juniores.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-analítico e transversal, realizado a partir da aplicação do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Questionário

Hospitalar sobre Cultura de Segurança dos Doentes – versão portuguesa). É um questionário auto-preenchido, com uma distribuição multidimensional (12 dimensões), composto por 42 itens, incluindo, ainda, duas variáveis de item único: Grau de Segurança do Doente e número de eventos notificados nos últimos 12 meses.

Apresenta-se sob a forma de Escala de Likert, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde “discordo fortemente ou nunca” (1) até “concordo fortemente ou sempre” (5).

Para a análise e interpretação dos resultados, seguindo a metodologia proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (Sorra e Nieva, 2004), procedemos à recodificação da escala, sendo o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item (prepe), o principal indicador de análise.

Os resultados positivos acima de 75% classificam esse aspecto da Cultura de Segurança como forte (muito bom nível), inferiores a 50% representam áreas problemáticas ou aspectos críticos. Por último, pese embora os autores não o definam, em nosso entender os resultados entre 50% e 75%, não sendo problemáticos, devem ser encarados como oportunidade para melhorar.

Os dados são descritos e analisados por dimensão da escala (domínio de funcionalidade) e por itens (indicadores de funcionalidade). Para o tratamento estatístico, recorreremos ao programa informático de estatística *SPSS 15.0 for Windows*.

Tendo em conta a dimensão dos hospitais, o número de enfermeiros, a facilidade de acesso aos mesmos e os recursos disponíveis, foram incluídos no estudo todos os 233 enfermeiros de quatro hospitais distritais de nível 1, com idêntica localização geo-político-administrativa e pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro. Para o efeito, foi-lhes solicitado o preenchimento do questionário e devolução gratuita para um endereço postal exterior ao hospital evitando, desta forma, constrangimentos éticos, assegurando que ninguém na instituição teria acesso aos mesmos. Foi distribuído com um intervalo de uma semana entre hospitais, tendo circulado 10 semanas em cada um, entre maio e agosto de 2009. O processo

foi autorizado pelos conselhos de administração dos quatro hospitais, aos quais foi formalizado um pedido, com a descrição do estudo, objectivos e assunção de todos os pressupostos éticos a que um estudo desta natureza obriga.

Na análise dos resultados, seguimos as recomendações dos autores (Sorra e Nieva, 2004), excluindo os questionários que apresentem: todos os itens da mesma secção, excetuando a secção (d), com a mesma resposta; secção (a), (c) ou (f) em branco; secção (b) e (d) simultaneamente em branco; mais de metade dos itens por responder, ao longo de todo o inquérito, em diferentes secções.

Na tentativa de perceber se a percepção da CSD difere em função da idade, recorreremos ao *Independent-Samples T Test (t-student)*, considerando dois grupos etários, dividindo o ciclo de vida ativa ao meio, os quais, por questões de conveniência, designámos por Juniores (23-43 anos) e Seniores (44-65).

Resultados

A amostra, do tipo não probabilístico acidental, ficou constituída por 136 (58,4%) sujeitos que responderam aos questionários de acordo com as recomendações dos autores. A maior percentagem (70,3%) de respondentes verificou-se no hospital 1, e a menor (48,8%) no hospital 3.

A amostra é maioritariamente (75,7%) feminina, 55,1% dos participantes têm entre 23 e 43 anos ($M=34,3$; $SD=5,61$) e os restantes entre 44 e 65 anos ($M=50,4$; $SD=5,17$).

No desempenho das suas funções 97,8% tem contacto directo e regular com os doentes, 41,9% trabalha há mais de 8 anos na atual Unidade/Serviço e 77,2% permanece há mais de 8 anos no respetivo hospital. Quanto às unidades de trabalho, 31,6% pertencem a serviços de Medicina, 16,2% trabalham em Cirurgia, 10,3% em Urgência, 8,8% no Bloco Operatório e os restantes noutros departamentos clínicos. O hospital 4 é o de maior dimensão, possuindo uma capacidade de internamento de 110 camas.

Os percentuais de respostas positivas específicas na dimensão são conforme o Gráfico 1.

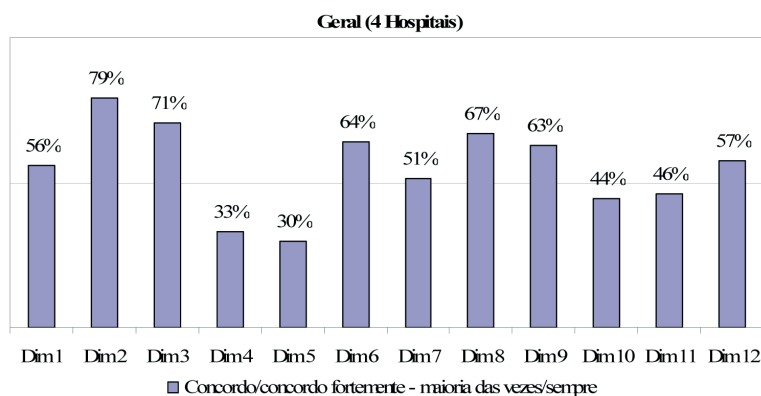


GRÁFICO 1 – Percentual de respostas positivas combinadas nas Dimensões

Dos 12 fatores da CSD (Quadro 1), quatro (D4, D5, D10, D11) revelam-se “críticos/problemáticos”, sete (D1, D3, D6, D7, D8, D9, D12) apresentam-se como “aspectos não críticos mas a necessitar de melhorar” e um (D2) como “aspecto forte”.

QUADRO 1 – Dimensões e indicadores da CSD e respetivas abreviatura

Dimensões
D1 Trabalho em equipa/cooperação entre unidades/serviços
D2 Trabalho de equipa nas Unidades/Serviço
D3 Passagens de turno e transferência de doentes
D4 Frequência de relato/participação dos eventos adversos
D5 Resposta não punitiva ao erro
D6 Comunicação aberta
D7 <i>Feedback</i> e informação sobre os erros
D8 Aprendizagem organizacional e melhoria contínua
D9 Expectativa/ações da chefia/supervisão na promoção da segurança
D10 Apoio da gestão hospitalar para a segurança dos doentes
D11 Recursos humanos/efetivos
D12 Percepção geral sobre segurança
Indicadores
A1. Neste Serviço/Unidade os profissionais entreeajudam-se.
A2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido.
A3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer.
A4. Neste Serviço/Unidade as pessoas tratam-se com respeito.
A5. Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.
A6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente.
A7. Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável.
A8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles próprios.
A9. Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas.
A10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/Unidade.
A11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio.
A12. Quando um evento/ocorrência é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema por si.
A13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente.
A14. Trabalhamos em “modo crise”, tentando fazer muito, demasiado depressa.
A15. Nunca se sacrifica a segurança do doente por haver mais trabalho.
A16. Os profissionais preocupam-se se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal.
A17. Neste Serviço/Unidade temos problemas com a segurança do doente.
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer.

- B1. O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos.
- B2. O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.
- B3. Sempre que existe pressão, o meu superior hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que signifique usar atalhos.
- B4. O meu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente que ocorrem repetidamente.
- C1. É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos/ocorrências.
- C2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente.
- C3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste Serviço/Unidade.
- C4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos.
- C5. Neste Serviço/Unidade discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer.
- C6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo.
- D1. Quando ocorre um evento/ocorrência mas é detectado e corrigido antes de afectar o doente, com que frequência é notificado?
- D2. Quando ocorre um evento/ocorrência mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?
- D3. Quando ocorre um evento/ocorrência que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?
- F1. A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente.
- F2. Os Serviços/Unidades do hospital não se coordenam bem uns com os outros.
- F3. A informação dos doentes perde-se quando são transferidos de um Serviço/Unidade para outro.
- F4. Existe boa colaboração entre os Serviços/Unidades do hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente.
- F5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno.
- F6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços ou Unidades do Hospital.
- F7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários Serviços/Unidades do hospital.
- F8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.
- F9. A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.
- F10. Os Serviços/Unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente.
- F11. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente.

Dos 42 indicadores da cultura de segurança do doente (Quadro 1), cinco (A1, A3, A6, B4, F11) apresentam um percentual muito bom de respostas positivas (> 75%), vinte e três localizam-se no intervalo entre 50% e

75% (Gráfico 2). Os restantes catorze (A2, A5, A8, A12, A14, A16, C1, D1, D2, D3, F1, F2, F8, F9) apresentam-se como aspetos “críticos/problemáticos”, ao evidenciarem um percentual positivo inferior a 50%.

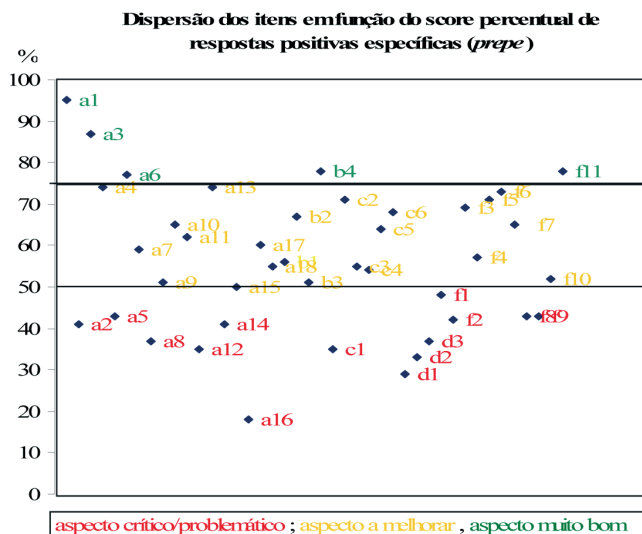


GRÁFICO 2 – Percentual de respostas positivas específicas obtida para cada item

Fatores e indicadores fortes

Como factor forte (79%) da CSD, surge o “Trabalho de equipa dentro dos Serviços/Unidades” (D2). Os enfermeiros entendem que existe entreaajuda (A1) (95%), respeito (A4) (74%), apoio entre setores do mesmo serviço (A11) (62%) e cooperação face ao excesso de trabalho (A3) (88%).

Apesar desta ser a única dimensão acima de 75%, há a destacar as “Passagens de turno e transferências de doentes” (D3) que, com 71% se afigura, na perspetiva destes profissionais, como um aspeto muito bom da CSD, uma vez que, as mudanças de turno não são problemáticas para o doente (F11) (78%) e a informação sobre os doentes não se perde quando estes são transferidos entre serviços (F3) (69%) ou durante as mudanças de turno (F5) (71%), nem ocorrem problemas aquando da troca de informação entre vários serviços (F7) (65%).

Para além destes, outros itens foram identificados como fortes ou próximo deste limiar: “O meu superior hierárquico dá atenção aos problemas relacionados com SD que ocorrem repetidamente” (B4) (78%); “As equipas estão a trabalhar ativamente para a melhoria da segurança do doente” (A6) (77%); “Os profissionais avaliam a eficácia das alterações que fazem, no sentido de melhorarem a segurança do doente” (A13) (74%); o facto de “não ser frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros Serviços/Unidades do hospital” (F6) (73%); “Os

profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente” (C2) (70%).

Factores e indicadores críticos/problemáticos

As debilidades (aspetos críticos/problemáticos) concentram-se, fundamentalmente, em quatro fatores: com 70% de respostas não positivas (prepe=30%) surge a “Resposta não punitiva ao erro” (D5). Somente 18% sente que os seus erros não são registados no processo pessoal (A16) e utilizados contra si (A8) (37%) e apenas 35% entende que quando notifica é o problema o alvo da atenção e não a pessoa (A12): em segundo lugar, a “Frequência de relato/notificação dos eventos adversos” (D4) com a minoria dos enfermeiros (33%) a admitir que os eventos adversos são notificados a “maioria das vezes” ou “sempre”. Esta perceção mantém-se crítica, quer se tratem de incidentes corrigidos antes do dano (D1) (29%), incidente sem potencial de dano (D2) (33%) ou *near miss* (D3) (37%); em terceiro lugar o “Apoio da gestão/direção hospitalar para a segurança do doente” (D10) uma vez que apenas 44% destes profissionais o entende como positivo, quer enquanto prioridade nas ações da direção (F8) (43%), quer na forma como esta proporciona um ambiente de trabalho promotor da segurança do doente (F1) (48%). Reduzida é igualmente a percentagem (43%) daqueles que

julgam que a direção do hospital se preocupa sempre com a segurança do doente e não apenas quando acontece uma adversidade (F9); por último, surge a “Dotação de recursos humanos/efetivos” (D11) com apenas 46% a encará-la positivamente. Apenas 41% entende que existem meios humanos para responder ao trabalho exigido (A2) e afirma que não trabalha em tensão, tentando fazer muito, demasiado depressa (A14). Além disso, somente 43% considera que os profissionais não trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados (A5). Outro factor que merece destaque, por se localizar no limiar crítico, é o “Feedback e informação sobre os erros” (D7) com prepe de 51%, muito contribuindo para este valor os 35% de respostas positivas combinadas no indicador C1 (“é-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos adversos”). Surge ainda como debilidade o item: “Os serviços unidades do hospital coordenam-se bem uns com os outros” (F2) (42%). Também muito próximo dos 50% e, por isso, tendencialmente críticos/problemáticos, apresentam-se os seguintes indicadores da CSD: “aqui os erros

conduzem a mudanças positivas” (A9) (51%); “Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho” (A15) (50%); “Sempre que existe pressão, o meu superior quer que trabalhem mais rapidamente, mesmo que signifique usar atalhos” (B3) (51%); “Os Serviços/Unidades do hospital funcionam bem, em conjunto, para prestarem os melhores cuidados aos doentes” (F10) (52%).

Grau de Segurança do Doente no Serviço/ Unidade

Menos de metade dos enfermeiros (46%) classifica a Segurança do Doente, no seu Serviço/Unidade, como “muito boa” (42%) ou “excelente” (4%) (Gráfico 3). Contudo, esta avaliação difere significativamente de hospital para hospital, sobressaindo positivamente o Hospital 1, onde uma larga maioria dos enfermeiros (79%) entende como “muito boa” ou “excelente” a Segurança do Doente na sua Unidade e, negativamente o Hospital 4, onde apenas 20% considera a Segurança do Doente como “muito boa” ou “excelente”.

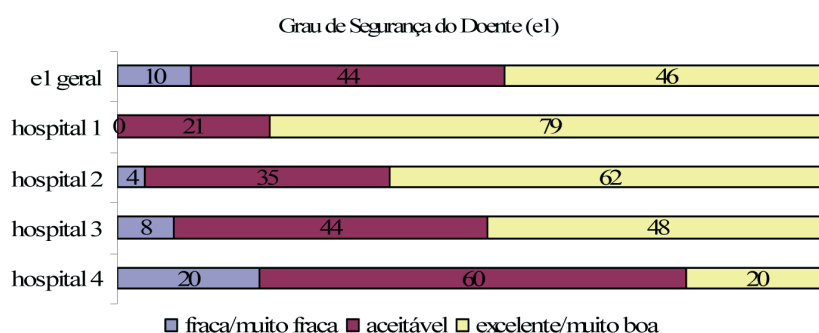


GRÁFICO 3 – Resultados da classificação da segurança dos doentes (e1) atribuída pelos enfermeiros em geral e por hospital

Número de eventos/ocorrências notificadas

Os dados (Gráfico 4) relativos ao número de eventos/ocorrências notificados, mostram que uma expressiva

maioria dos enfermeiros (80%), no total dos 4 hospitais, não relatou qualquer evento adverso ou ocorrência nos últimos 12 meses e 15% procederam, no máximo, a 2 notificações.

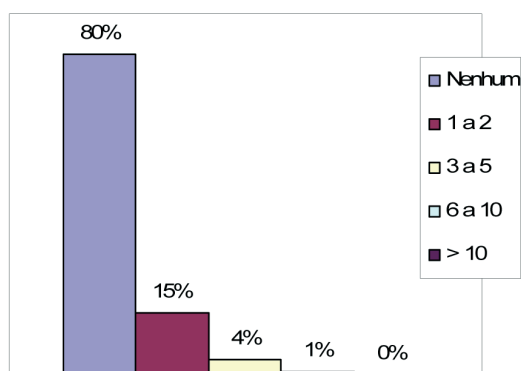


GRÁFICO 4 – Percentagem de respondentes em função do número de EA's notificados

Comparação dos grupos etários

O grupo dos 23-43 anos apresenta um percentual positivo inferior em nove (9) dos doze fatores e, apenas, superior num (gráfico 5).

Como dados mais relevantes surgem: o facto de o “Feedback e informação sobre os erros” (D7) ser um aspecto “crítico/problemático” para o grupo dos 23-43 anos (48%), contrastando com a opinião dos Seniores que o consideram “não crítico”, ainda que, a

“necessitar de melhoria” (57%); a diferença de opinião sobre a “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua” da segurança do doente (D8), com o grupo dos 44-65 anos a considerar este como um aspeto “forte” (76%) e os mais novos a entenderem que é um aspeto “a melhorar” (61%). Estas divergências saem reforçadas, uma vez que, a análise entre médias (*t-Student*) revela diferença significativa ($p=0,020$) para D8 e marginalmente significativa ($p=0,073$) para D7.

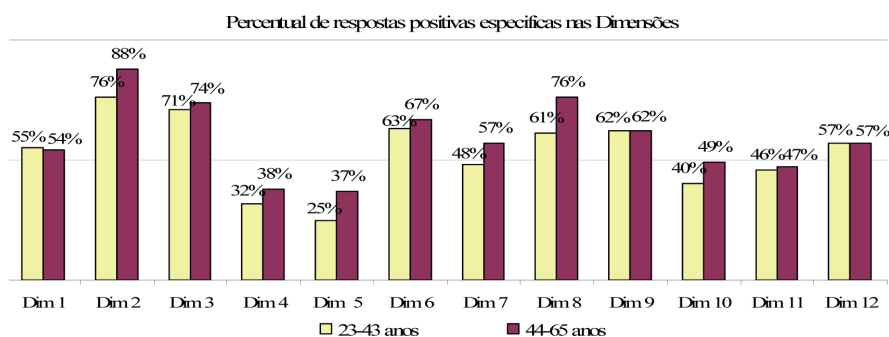


GRÁFICO 5 – Resultado nas dimensões segundo o grupo etário

Relativamente aos itens com discrepância no parecer positivo atribuído pelos dois grupos etários e cujo resultado os classifica de forma distinta, destacam-se os representados no Gráfico 6.

São substancialmente menos (55%) os juniores que entendem que “(...) se discute sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a acontecer” (C5), contra (79%) ($p=0,002$), e que se “(...) avalia a eficácia das alterações introduzidas, no sentido de melhorar a segurança do doente” (A13) (68%

contra 82%) ($p=0,039$), levando a que apenas uma minoria (44%) concorde que no seu serviço “(...) os erros conduzem a mudanças” (A9), enquanto 59% dos Seniores entende que tal acontece. Contudo, neste último caso, a diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,103$). Como não o é ($p=0,322$) no item F3, “não é frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno”. Ainda assim, é de realçar o facto de os mais novos serem 10% menos positivos (65%),

com os mais velhos a considerarem este aspecto de muito bom nível (75%).

Menos crenes de que “a segurança do doente é uma das prioridades nas ações da direção do hospital” (f8), o grupo dos 23-43 anos ao considerar este um item crítico (35%), contrasta com os mais velhos ($p=0,025$) que o classificam como não problemático, ainda que, a necessitar de melhoria (54%).

Não sendo um aspecto problemático para ambos os grupos, observa-se diferença ($p=0,030$) no

entendimento sobre se as pessoas se tratam com respeito no respetivo serviço (A4), com os mais velhos a admitir de forma mais positiva (82%) que tal acontece, contra 67% dos mais novos. Semelhantes são os resultados, relativos ao item C2, “os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente”, existindo diferença estatística ($p=0,049$) e discrepância no parecer positivo: 23-44 anos 68%; 45-65 anos 77% (aspeto forte).

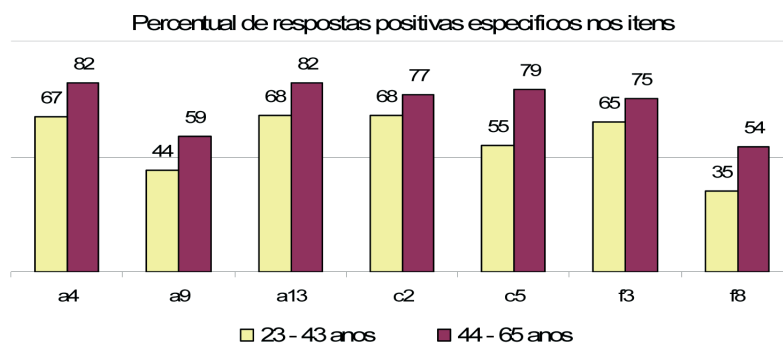


GRÁFICO 6 – Itens com diferença de “prepe” mais significativa entre grupos etários

Discussão

Maioritariamente feminina, dado expectável atendendo à tradicional preponderância feminina na profissão, a população revelou experiência profissional na instituição e nos respetivos serviços, o que traduz um apreciável conhecimento da instituição, adequado e útil para o estudo da Cultura de Segurança do Doente.

Genericamente céticos face à CSD, aos olhos destes profissionais apenas o “trabalho de equipa dentro das Unidades/Serviços” (D2) se apresenta como um fator forte e menos de metade atribui o grau de “muito bom” (42%) ou “excelente” (4%) à Segurança do Doente no seu Serviço/Unidade.

Especialmente críticos face à resposta que os sistemas dão ao erro, consideram-na punitiva e estigmatizante, causadora da baixa frequência de relato ou notificação dos eventos adversos, com a minoria (33%) a admitir que os eventos adversos são notificados a “maioria das vezes” ou “sempre”, quer se trate de incidentes corrigidos antes do dano (29%), incidente sem potencial de dano (33%) ou *near miss* (37%).

Dos participantes, 95% notificaram menos do que

dois eventos/ocorrências nos últimos doze meses, sendo que, uma larga maioria (80%) não procedeu a qualquer notificação/retrato. Estes dados confirmam os achados bibliográficos sobre a cultura da culpabilização (Reason, 2000; Franco, 2005; Iglesias Alonso, Pardo Garcia e Fernández Martín, 2009), da ocultação (Sousa, 2006; Bohomol e Ramos, 2007) e da subnotificação (Bohomol e Ramos, 2007; Saturno *et al.*, 2008; Smiths *et al.*, 2008; Agency for Healthcare Research and Quality, 2008). Aqui reside uma das incongruências evidenciadas, uma vez que, os enfermeiros consideram estar a trabalhar ativamente para uma melhoria da Segurança do Doente (77%) e que avaliam a eficácia das alterações realizadas no sentido de a melhorar (74%). Se atendermos àqueles indicadores de cultura da punição e ocultação do erro, percebemos que a aprendizagem organizacional neste domínio fica condicionada, dado que, não é realizada a partir da análise do erro devido à subnotificação. Além disso, apenas 35% entende que lhes é fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função dos relatórios de eventos adversos, e somente 51% concorda que os erros no seu serviço conduzem a mudanças positivas.

Igualmente críticos quanto à “dotação de Recursos Humanos” (D11) (44% com opinião positiva), destaca-se o facto de apenas 41% julgarem existir em meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido e admitir que não trabalha sob pressão, tentando fazer muito e demasiado depressa, e somente 50% admitir que nunca se sacrifica a segurança dos doentes por haver mais trabalho. Embora este dado possa ser entendido como um juízo em causa própria e, por conseguinte, uma persistente e banal percepção da falta de pessoal, a verdade é que se trata de uma característica importante das organizações, com enorme influência na Segurança do Doente, que deve ser considerada como fator a otimizar. Sobretudo, porque existe uma evidência crescente de que os eventos adversos estão correlacionados com os níveis inadequados de *staff* (Ordem dos Enfermeiros, 2006; Needleman *et al.*, 2002).

A confirmar esta opinião, de que a percepção de dotação de *staff* inadequado não é um mero juízo de valor em causa própria, devendo ser encarada como essencial para a CSD, está o facto de se apresentar como um fator extremamente positivo (70%) no Hospital 2, o que contrasta, em muito, com os outros. A percepção de que as relações interpessoais e o trabalho de equipa dentro da respetiva unidade (D2) é um aspecto forte (79%), bem como, a percepção positiva (74%) sobre a aprendizagem organizacional e melhoria contínua (D9), e alguns indicadores da existência de comunicação aberta (D6) e livre quando algo afecta negativamente os cuidados (C2) (70%), indiciam a existência de um potencial de relações humanas e de predisposição profissional para melhorar o ambiente dos cuidados que deve ser explorado e aproveitado nos processos de gestão do risco e melhoria contínua da qualidade.

Estes dados positivos acompanham os outros países, nos quais o trabalho de equipa dentro das unidades se apresenta, regra geral, como o aspeto mais forte: Espanha 73,8%; Holanda 84%; EUA 79%; *Taiwan* 81% (Saturno *et al.*, 2008; Smiths *et al.*, 2008; Agency for Healthcare Research and Quality, 2008).

Quando comparados os grupos etários, a diferença entre médias (*t-student*) demonstrou que os enfermeiros mais novos (23-44 anos) têm, globalmente, uma perspetiva menos positiva da CSD, demonstrando-o, sobretudo, em aspectos relacionados com a aprendizagem e melhoria organizacional, tais como, a acessibilidade à

informação sobre os erros, a discussão e reflexão sobre a prevenção da sua repetição e a análise dos resultados obtidos com as alterações introduzidas.

Pese embora ambos os grupos considerarem que é frequentemente garantida a continuidade da informação sobre os cuidados prestados, importa salientar a diferença percentual (10%) na apreciação positiva, com os mais novos a considerarem este como um aspeto com margem para melhorar, enquanto os mais velhos o consideram muito bom.

Conclusão

A Cultura de Segurança do Doente, percebida pelos enfermeiros, apresenta-se como um fator crítico da Qualidade dos Cuidados de Saúde Hospitalares e a necessitar de melhoria, ao revelar apenas um fator forte (parecer positivo superior a 75%).

É caracterizada pelo paradigma da punição e ocultação do erro, com os enfermeiros convictos de que quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento, e preocupados com o facto de ser registado no processo pessoal, podendo ser usado contra si.

O investimento na aprendizagem organizacional e melhoria contínua da Cultura de Segurança do Doente, ainda que, existente e percebida como boa, afigura-se ineficaz, uma vez que, não é conduzida a partir da identificação e análise do erro, devido à subnotificação ou não notificação deste, e ao insuficiente *feedback* e informação sobre o erro que os enfermeiros recebem. Ainda assim, existe um enorme capital para melhorar a Cultura de Segurança do Doente, resultante das boas relações interpessoais e cooperação nos serviços e da existência de bons indicadores de comunicação livre e aberta.

A classificação atribuída à Segurança do Doente pelos enfermeiros é minoritariamente (46%) “muito boa” ou “excelente”. Contudo, esta classificação está longe de ser homogénea entre hospitais, variando entre 42% e 74% nos hospitais do estudo.

A subnotificação é uma realidade, com a maioria dos enfermeiros (80%) a afirmar que não notificou qualquer evento adverso no último ano.

Os enfermeiros mais novos são menos positivos na sua apreciação sobre a CSD e mais céticos quanto à eficácia das estratégias adotadas para transformar os erros em oportunidades de aprendizagem e mudança

e em relação às atividades empreendidas para melhorar a segurança.

A reduzida produção científica em Portugal, neste domínio, sugere-nos a necessidade de mais contributos, nomeadamente a extensão do estudo a hospitais de maior dimensão, de forma a perceber o verdadeiro alcance dos dados por nós obtidos. Esta será mesmo a principal limitação sentida, dado que a maior complexidade ali vivida, poderá alterar as conclusões por nós obtidas. Até porque, os indícios da existência de diferenças entre hospitais, observados ao longo do estudo, levam-nos a admitir que a cultura de segurança do doente poderá ser, em primeira instância, própria de cada hospital. Contudo, não sendo nosso objetivo à partida, entendemos esta hipótese como um potencial foco de investigação futura.

Independentemente desse investimento futuro, os dados sugerem-nos, desde já, a necessidade de introduzir sistemas de notificação e de fomentar o relato como uma prioridade, para otimizar a aprendizagem e melhoria contínua dos cuidados prestados a partir da identificação e análise do erro.

Referências bibliográficas

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2008) - Hospital survey on patient safety agency comparative database 2008 [Em linha]. [Consult. 3 Jul. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ahrq.gov/qual/hospssurvey>>.

ALMEIDA, Ricardo ; ABREU, Cidalina ; MENDES, Aida (2010) - Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Referência*. Série 3, nº 2, p. 163-172.

BOHOMOL, E. ; RAMOS, L. H. (2007) - Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 60, nº 1, p. 32-36. [Consult. 26 Maio 2009]. Disponível em WWW: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034_71672007000100006>.

DONALDSON, Liam ; PHILIP, Pauline (2004) - Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 82, nº 12, p. 892-892.

FRANCO, Astolfo (2005) - The patient's safety: understanding the problem. *Colombia Médica*. Vol. 36, nº 2, p. 130-133.

HEMMAN, Eileen A. (2002) - Creating healthcare cultures of patient safety. *The Journal of Nursing Administration*. Vol. 32, nº 7/8, p. 419-427.

HINDLE, Don [et al.] (2008) - What do health professionals think about patient safety? *Journal of Public Health*. Vol. 16, nº 2, p. 87-96.

IGLESIAS ALONSO, Fuencisla ; PARDO GARCÍA, Ricardo ; FERNÁNDEZ MARTÍN, Juan (2009) - La seguridad del paciente. In *Manual de calidad asistencial* [Em linha]. Castilla-La Mancha : Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. p. 323-350. [Consult. 22 Set. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.sescam.jccm.es>>.

MUÑO MÍGUEZ, A. [et al.] (2007) - Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*. Vol. 24, n. 12, p. 602-606.

NEEDLEMAN, Jack [et al.] (2002) - Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. Vol. 346, nº 22, p. 1715-1722.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) - *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra : International Council of Nurses.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2009) - *Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais. Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT* [Em linha]. [Consult. 22 Jul. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Events>>.

REASON, James (2000) - Human error: models and management. *BMJ* [Em linha]. Vol. 320, nº 7237, p. 768-770. [Consult. 14 Jun. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com>>.

SATURNO, Pedro J. [et al.] (2008) - *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español* [Em linha]. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consult. 14 Maio 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs>>.

SMITHS, M. [et al.] (2008) - The psychometrics properties of the "Hospital Survey on Patient Safety Culture" in Dutch hospitals. *BMC Health Service Research*. Vol. 8, p. 230.

SORRA Joan ; NIEVA Veronica (2004) - *Hospital survey on patient safety culture: surveys user's guide*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality

SOUSA, Paulo (2006) - Patient safety: a necessidade de uma estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 19, nº 4, p. 309-318.

VARGAS, Maite ; RECIO, Miguel (2008) - *Versión Española do University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit* [Em linha]. Madrid : Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. [Consult. 10 Set. 2009]. Disponível em WWW: <URL: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf>.

VILLARREAL CANTILLO, Elisabeth (2007) - The patient's safety. A commitment for a high quality care. *Salud, Barranquilla*. Vol. 23, nº1, p112-119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007) - *Global patient safety research priorities. Establishing a set of global research priorities with the support of an international expert working group* [Em linha]. [Consult. 28 Set. 2008]. Disponível em WWW: <URL: http://who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf>.