



Isabel Maria Dionísio Costa

**ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO
*NURSING HOME SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (NHSPSC)***

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre sob orientação da Professora Doutora
Maria Manuela Frederico Ferreira

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO QUESTIONÁRIO
NURSING HOME SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (NHSPSC)

Isabel Maria Dionísio Costa

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora:

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Coimbra, 2013

Ao meu mano, *in memorium*

pelo amor que nos une

Agradecimentos

Uma tese, pela sua finalidade académica, é um trabalho individual, mas o caminho é feito com aqueles que nos amam, nos acompanham e que acreditam em nós. Muitos em silêncio e nos nossos corações.

Por essa razão, aqui ficam os meus agradecimentos:

Aos meus pais “in memoriam” pelos valores que me transmitiram, o saber acreditar e ter confiança para a realização dos meus sonhos.

Aos meus filhos, Joana e Manel, pelo amor, compreensão, ternura, dedicação e, apesar da falta de atenção e ausências, que mais esta etapa sirva de exemplo para que lutem sempre pelos seus objetivos.

À minha cunhada pela grande amiga e mulher que é, pela amizade, ajuda e apoio incondicional, sempre manifestado em todos os momentos.

Aos meus manos Lala e Rui, pela ternura e pelo amor e alegria que me tem preenchido ao longo dos anos.

Ao meu companheiro e amigo Raposo Ferreira que me estimula a crescer científica e pessoalmente. Pelo apoio, paciência e compreensão revelada ao longo dos anos.

À Diana, João, Pedro, Manu e Cris pelo carinho, compreensão e preocupação demonstrada.

À minha orientadora e amiga, Professora Doutora Manuela Frederico pela competência científica, acompanhamento, confiança, tempo despendido e todo apoio prestado.

À minha sobrinha Tini, mais uma vez, pela sua capacidade técnica, interesse e disposição em colaborar nos momentos críticos.

À grande amiga e mestre Sílvia Cristina, pela amizade, acompanhamento e incentivo sempre presentes, assim como críticas, correções e sugestões relevantes.

Aos meus amigos: Paulinha, D. Luísa, D. Otilia, Sr. José, Carolina, Carmita, Rosinha, Raquel Sofia, Mimi, Goreti, Dulce e Maria que me ajudaram a ser quem sou, que confiam em mim e não me deixaram desistir.

À equipa que lidero, pelo estímulo e incentivo sempre presente, que me obriga a crescer, atualizar e fazer.

A todos os funcionários das Unidades, pela forma carinhosa como me receberam e a disponibilidade manifestada.

A todos um Bem-haja!

RESUMO

A segurança do doente é um parâmetro integrante da qualidade de cuidados. Devido à função estratégica que assume é indiscutível a preocupação crescente das várias organizações de saúde na utilização de instrumentos que avaliem o clima de segurança. Constatou-se que em Portugal esta avaliação foi já realizada em Instituições Hospitalares, desconhecendo-se a sua abordagem nas Unidades de Cuidados Continuados. Deste modo, o objetivo deste trabalho é realizar a adaptação transcultural do questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)* para a população portuguesa, originando a versão Portuguesa do NHSPSC, determinar as suas características psicométricas e os níveis de Segurança nestas Unidades. O questionário é composto por quarenta e dois (42) itens, agrupados em doze dimensões que avaliam: *Trabalho de Equipa, Pessoal, Conformidade com os Procedimentos, Formação e Capacitação, Resposta não punitiva aos erros, Passagens de Turno, Feedback e Comunicação sobre Incidentes, Abertura à Comunicação; Expetativas do superior hierárquico e promoção de ações de Segurança; Perceção da Segurança Global dos Doentes; Apoio da Gestão para a Segurança do Doente; e Aprendizagem Organizacional*. Realizou-se um estudo de investigação metodológico. O instrumento foi validado numa amostra de 219 profissionais pertencentes a cinco (5) Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Região Oeste de Portugal. A sua aplicação ocorreu nos meses de julho a setembro de 2012. Maioritariamente, a amostra pertence ao sexo feminino (83,6%) e ao grupo etário com menos de 30 anos (35,6%). Para a validação do questionário foi solicitada autorização aos autores do instrumento original, bem como aos dirigentes das instituições, onde foram recolhidos os dados. A validade de conteúdo foi garantida pela realização do teste de compreensão. A fiabilidade foi garantida através da determinação da consistência interna, tendo sido testada através do Alfa de Cronbach onde se obteve o total de 0,951 e da determinação da correlação de Pearson no teste-reteste com 0,799. A validade de construto foi efetuada através da Análise Fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax. Da análise efetuada obtivemos melhores resultados com uma matriz de oito dimensões tendo sido redefinidas as dimensões

originais: Aprendizagem Organizacional, Abertura à Comunicação, Apoio da gestão para a Segurança; Comunicação, sobre incidentes/ Feedback /Passagens de turnos; Conformidade com os procedimentos; Trabalho de Equipa; Expectativas do superior hierárquico e promoção de ações de segurança; Formação e Capacitação; Pessoal; Resposta não punitiva ao Erro, o que, no seu conjunto, explicou 63,375% da variância dos resultados. O nível da cultura de segurança avaliado na nossa amostra, apresenta Scores médios nas diversas dimensões. Podemos concluir que o questionário do NHSPS-PT é considerado fiável e válido, contudo, deverá ser aplicado a uma maior amostra a fim de confirmar a sua validade para Portugal.

Palavras-chave: Segurança, Cultura de Segurança, Cuidados continuados

ABSTRACT

Patient safety is an integral parameter of quality of care. Due to the strategic function that it takes, it is unquestionable the growing concern of many health organizations in the use of instruments to assess safety climate. It was found that in Portugal this evaluation has been performed on Hospital Institutions, but it isn't known its approach in Continuing Care Units. Thus, the aim of this work is to make the transcultural adaptation of the questionnaire Nursing Home Patient Safety Survey (NHSPS) for the Portuguese population, creating the Portuguese version of NHSPS, to determine their psychometric characteristics and the Security levels in these Units. The questionnaire consists of forty-two (42) items, grouped into twelve dimensions that assess: Teamwork, Staffing, Compliance with the Procedures, Training and Skills, Nonpunitive response to error, Handoffs, Feedback and communication about incidents, Communication Openness, Supervisor Expectations and Actions Promoting Resident Safety, Overall Perception of Resident Safety, Management Support for Patient Safety, Organizational Learning. We conducted a methodological research study. The instrument was validated in a sample of 219 professionals from five (5) Continuous Care Units of the West Region of Portugal. Its application occurred from July to September of 2012. Mostly, the sample is female (83,6%) and belongs to the age group under 30 years (35,6%). To validate the questionnaire it was requested authorization to authors of the original instrument as well as the directions in which the data were collected. Content validity was ensured by making a comprehension test. Reliability was ensured by determining the internal consistency, tested using Cronbach's Alpha where it has been obtained a total of 0,951 and the determination of Pearson correlation in test-retest with 0,799. Construct validity was made by principal components factor analysis with orthogonal rotation with Varimax method. From the performed analysis we have obtained better results with an array of eight dimensions where the original dimensions have been redefined: Organizational Learning, Openness to communication, Management support for Security, Communication, incidents / feedback / Shift changes; Compliance with the procedures; Teamwork; Expectations of hierarchical superior and safety actions promotion; Education

and Training; Staff; Nonpunitive response to error, which, taken together, explained 63,375% of the variance of the results. The level of safety culture evaluated in our sample, presents average Scores in several dimensions. We can conclude that NHSPS-PT questionnaire is considered reliable and valid, however, it should be applied to a larger sample to confirm its validity for Portugal.

Keywords: Safety, Safety culture, Continuing Cares

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. SEGURANÇA DO DOENTE NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.	7
1.1. CULTURA DE SEGURANÇA.....	11
1.2. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	26
1.2.2. Qualidade nas UCCI.....	32
1.3.1. Segurança do doente nas Nursing Homes e Unidades de Cuidados Continuados Integrados - alguns estudos de Investigação.....	38
1.3.2. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture	41
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	45
2. METODOLOGIA	47
2.1. TIPO DE ESTUDO	47
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	47
2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	49
2.3.1. Equivalência Linguística e Concetual do NHSPSC	54
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	64
2.5. TRATAMENTO DE DADOS	65
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	65
3.2. NÍVEL DE SEGURANÇA DAS DIVERSAS UNIDADES	72
3.3. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO NHSPSC-PT.....	89
3.3.1. Fiabilidade.....	89
3.3.2. Validade	94
CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização das Unidades de Cuidados Continuados Integrados	32
Figura 2 – Processo de Cultura de Segurança	35
Figura 3 - Ciclo de Análise de Risco	36
Figura 4 – Processo de Adaptação Transcultural do NHSPSC	61

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões e Itens da NHSPSC	42
Tabela 2 - Número de dimensões e frases correspondentes	50
Tabela 3 - Caracterização da amostra das Instituições envolvidas no estudo, e taxa de resposta	66
Tabela 4 – Caracterização da amostra em relação ao grupo etário	67
Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação ao sexo	67
Tabela 6 – Caracterização da amostra em relação ao grupo profissional	68
Tabela 7 - Caracterização da amostra em relação aos anos de exercício profissional	69
Tabela 8 - Caracterização da amostra em relação as horas de trabalho semanal	69
Tabela 9 - Caracterização da amostra em relação a entidade empregadora	70
Tabela 10 - Caracterização da amostra em relação ao trabalhar diretamente com o doente	70
Tabela 11 - Caracterização da amostra em relação à dedicação dos profissionais nas diferentes áreas	71
Tabela 12 - Caracterização da amostra em relação à avaliação global da Segurança nas Unidades	72
Tabela 13 - Caracterização da amostra em relação ao Nível de segurança, por dimensão da NHSPSC-PT	73
Tabela 14 – Distribuição da amostra em relação às percentagens de respostas positivas por dimensão de segurança nos diversos estudos	75
Tabela 15 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão “Trabalho de Equipa”, que constitui o NHSPSC-PT	77
Tabela 16 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão “Pessoal” que constitui o NHSPSC-PT	79
Tabela 17 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Conformidade com os Procedimentos”, que constitui o NHSPSC-PT	80
Tabela 18 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Formação e capacitação “que constitui o NHSPSC-PT	81

Tabela 19 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Resposta não punitiva aos erros” que constitui o NHSPSC-PT	82
Tabela 20 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Passagens de Turno” que constitui o NHSPSC-PT	83
Tabela 21 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Feedback e Comunicação sobre incidentes”, que constitui o NHSPSC-PT	84
Tabela 22 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Abertura à Comunicação”, que constitui o NHSPSC-PT	85
Tabela 23 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão “Expectativas do Superior Hierárquico e Promoção de Ações de Segurança”, que constitui o NHSPSC-PT	86
Tabela 24 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Perceção da Segurança Global dos Utentes” que constitui o NHSPSC-PT	87
Tabela 25 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão, “Apoio Da Gestão Para a Segurança Do Doente”, que constitui o NHSPSC-PT	88
Tabela 26 – Distribuição das respostas da amostra face à Dimensão “Aprendizagem Organizacional”, que constitui o NHSPSC-PT	89
Tabela 27 - Valores de Coeficiente de Fidelidade Alpha de Cronbach, para cada dimensão do NHSPSC-PT	90
Tabela 28 - Valores de coeficiente de fidelidade –Alpha de Cronbach para cada item do NHSPSC-PT	92
Tabela 29 - Proposta de Solução de Redefinição das Dimensões para o NHSPSC – PT	98

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da lotação e dotação das Unidades de Cuidados Continuados Integrados	49
Quadro 2 – Análise das Peritas e Sugestão de Alterações à Tradução do NHSPSC	56
Quadro 3 - Versão 5 – Resultado da equivalência - Questionário sobre a Cultura de Segurança do doente na Unidade de Cuidados Continuados Versão Portuguesa (NSHPSC-PT)	59
Quadro 4 – Análise do Teste –Reteste Correlação de Pearson	94
Quadro 5 – Análise Fatorial, solução após Rotação Ortogonal pelo Método Varimax	96

LISTA DE SIGLAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality
ARSLVT -Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo
CISD - Classificação Internacional da Segurança do Doente
DGS - Direção Geral de Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa Coordenadora Local
ECR - Equipa Coordenadora Regional
EGA - Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de suporte de Cuidados Paliativos
ICN - International Council Nursing
IOM - Institute of Medicine
JCAHO – Join Comission Health Oragnizacion
JCI - Join Comission International
LPM - Liderança para a Mudança
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
MS - Ministério da Saúde
NHSPSC - Nursing Home Survey on Patient Safety Culture
NR - Não respostas
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
KMO - Kaiser- Meyer- Olkin
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SPSS – Stastical Packtage for the Social Sciences
UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UC - Unidade de Convalescença
UCP -Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Nas Organizações de Saúde, as necessidades requeridas pelos doentes, as suas exigências e os novos desafios tecnológicos, obrigam os profissionais à mobilização permanente de competências. A estes são solicitados tomada de decisões sistemáticas, com as implicações inerentes do risco (Parreira 2005). A Segurança do doente constitui assim uma questão central na qualidade de cuidados prestados ao doente.

O impacto que, a nível mundial, o relatório do Institute of Medicine (IOM) americano intitulado "To Err is Human em 2000, " baseado num estudo realizado por Harvard Medical Practice teve, ao revelar que 44 a 98 mil americanos morriam em cada ano por erros na prestação de cuidados, intensificou a preocupação com a *segurança do doente* (Fragata 2006b). Desde então, reconhece-se a *cultura de segurança* como um modelo determinante para a Qualidade de Cuidados.

A esse propósito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) também emanou em 1990 as dimensões preconizadas para a Qualidade nos cuidados de saúde e que englobam: performance técnica (qualidade nos atos médicos); recursos (eficiência económica); Gestão de Risco (evicção de danos ou eventos adversos relacionados com o tratamento) e a satisfação dos doentes (Fragata 2006a).

Neste contexto, é indiscutível que o sucesso das organizações de saúde dependa de um conjunto "*de boas práticas orientadas para uma melhoria de processos que nos conduz a dois conceitos fundamentais: melhoria contínua e reengenharia* " (Carapeto & Fonseca 2006,p.353), processos que estão intimamente ligadas à Segurança.

Para Fragata (2006b, p.311) "*idealmente o serviço deveria ser uma organização fiável, com um número limitado de eventos adversos e uma enorme fiabilidade (previsibilidade de segurança)* ". Segundo o mesmo autor e para atingir esse objetivo, deveria possuir uma política de gestão de erros que passe pelo relato voluntário mas anónimo de erros, acidentes, incidentes, e "*near miss*" para que, sem a culpabilização individual, estes sejam apreciados numa ótica de "sistema".

A nível internacional é inquestionável o valor que tem sido dado à investigação em segurança do doente. Em Portugal não há conhecimento de muitos estudos científicos

nesta área, no entanto, existem estimativas de observação, publicadas em diversos documentos do Ministério da Saúde (MS) que levaram a essa necessidade, pois estima-se que “ *em cada 100 internamentos hospitalares, 10 se compliquem por um qualquer dano para os doentes*” (ARSLVT 2009,p.16). Também num estudo piloto realizado em 3 hospitais públicos da região de Lisboa de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2009, que teve por base a informação contida nos processos clínicos, é referido a existência de 11,1% de taxa de incidência de eventos adversos; 52% foram considerados evitáveis e a maioria (60,3%) não causaram dano ou resultaram um dano mínimo (58,2%), tendo-se verificado que houve um prolongamento de dias de internamento de cerca de 10,7 dias. Deste modo “*A compreensão e conhecimento da epidemiologia dos eventos adversos e das falhas de segurança dos doentes, frequência, causas e determinantes bem como o impacto nos resultados em saúde e a efetividade de métodos de prevenção dos mesmos, carecem de estudos mais aprofundados*” (Sousa 2006,p.316).

Vários países e organismos, desenvolveram instrumentos de pesquisa a fim de avaliar a cultura de segurança, destacando-se a A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Este organismo divulgou vários tipos de inquérito para as organizações de Saúde, sendo usados como uma ferramenta que permite: “*sensibilizar os funcionários sobre a segurança do doente, diagnosticar e avaliar o estado atual da cultura de segurança, identificar os pontos fortes e áreas de melhoria da cultura de segurança, examinar as tendências das alterações da cultura de segurança ao longo do tempo, avaliar o impacto de iniciativas e intervenções e realizar comparações internas e externas*” (AHRQ). Dos diferentes inquéritos disponíveis salientamos o *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC) que foi projetado para avaliar a cultura de segurança nas *Nursing Home*.

O NHSPSC foi traduzido para cinco línguas (Espanhola, Canadiana, Dinamarquesa, Japonesa e Maltesa). No estudo piloto realizado em 2008 pela AHRQ, conclui-se que o NHSPS possui excelentes propriedades psicométricas, sendo uma medida adequada para avaliar a cultura de segurança do doente neste tipo de Unidades (AHRQ 2008).

Segundo a pesquisa efetuada, a estrutura similar em Portugal denominada de Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) surge em 2006. Apesar de determinadas características específicas, não se pode ocultar as diferenças e “*o denominador comumcentra-se nas respostas de Saúde e sociais a indivíduos dependentes nas atividades de*

vida diária devidas a doença crónica, física ou mental”, as recomendações são comparáveis, sendo as linhas de força a garantia de qualidade em que é reforçada a investigação, definição de procedimentos e envolvimento de “todos os níveis e atores” (Plano Nacional de Saúde -2011-2016,p.11).

Face ao exposto, são objetivos deste trabalho:

- Adaptar cultural e linguisticamente o instrumento “Nursing Home Survey on Patient Safety Culture ”, desenvolvido em 2008 pela AHRQ, através do processo de tradução e verificação da validade de conteúdo;
- Contribuir para a validação do instrumento, através da verificação das características psicométricas;
- Determinar os níveis de Cultura de Segurança das UCCI.

Neste sentido, aplicamos o questionário a uma amostra de 219 profissionais que exercem funções em cinco UCCI da região Oeste do país.

A dissertação é composta por 2 partes. A primeira, denominado enquadramento teórico, é contextualizada o assunto numa perspetiva teórica, onde é abordada a cultura de segurança, instrumentos que a avaliem e uma breve abordagem das UCCI.

A segunda parte, identificada de estudo empírico, é desenvolvida a metodologia, apresentação e discussão dos dados que conduziram à adaptação e validação do NHSPS.

Por último, são apresentadas as conclusões, as limitações do estudo, bem como as aplicações futuras do mesmo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SEGURANÇA DO DOENTE NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A segurança do doente é um campo, relativamente recente, da gestão em saúde, investigação e prática clínica. Constitui uma componente chave da qualidade de cuidados de saúde e, por esse motivo, é uma questão global que tem afetado países em todos os níveis de desenvolvimento, representando um grande desafio na atualidade (Fragata 2010; Carneiro 2010; Sousa 2010).

Há cerca de 12 anos, numa diretiva europeia, a segurança do doente foi consagrada como um direito, sendo hoje incontestável a relevância que assume para doentes e profissionais de saúde, tendo estes, como missão, prestar cuidados de elevado nível de eficiência e efetividade, baseados em evidências disponíveis (Fragata 2010).

Assim, segurança do doente em pleno século XXI íntegra agendas políticas, fóruns Nacionais e Internacionais aliando profissionais e cidadãos. (França 2005).

Segundo, Sousa, Uva & Serranheira (2010), tem-se assistido a um crescente movimento no sentido de valorizar a investigação nesta área, bem como o de desenvolver e avaliar o impacto de soluções que possam acrescentar valor ou ganhos em saúde quer em termos clínicos, sociais e económicos.

Neste âmbito, destacamos a publicação do Relatório do Instituto de Medicina Americano (IOM 2000) "to Err is Human" que vários autores consideram a grande alavanca para o desenvolvimento da investigação nesta área. Este importante documento lançou o tema da Segurança na Medicina ao revelar que até 98.000 americanos poderiam morrer por ano em consequência de erros. Acrescenta ainda que cerca de 44 a 98 mil mortes por ano são resultado de erros médicos e que, cerca de 7 mil poderiam ser evitados, estando relacionados com a medicação. Os erros clínicos nos internamentos são a 8ª causa de morte. Em termos económicos e segundo a mesma fonte, os custos estimados rondam os 17 a 29 biliões de dólares por ano (IOM 2000; Fragata 2010; Sousa 2010).

Esta questão adquire maior expressão, se atendermos ao facto que, de acordo com o mesmo estudo, 100 doentes nos Estados Unidos morrem, diariamente, devido a danos recorrentes da prestação de cuidados e não da sua doença (Lage 2010).

Também em Portugal se verificou a existência de uma taxa de 11,1% de incidentes/efeitos adversos em episódios de internamento, 53,2% eram evitáveis e, em 10,7% os dias de internamento foram prolongados por essa via. Acresce que, num hospital com 17000 internamentos por ano, se verificou que cerca de 994 eventos adversos eram evitáveis e mais de 10 mil dias de internamento foram acrescentados e seriam também evitáveis (Sousa, Uva & Serranheira 2011).

Ainda no relatório “Governança dos Hospitais: nos 30 anos do SNS” a prestação de cuidados de saúde é assumida como uma atividade de risco e estimando-se que, em cada 100 internamentos hospitalares, 10 se compliquem por qualquer erro com dano para os doentes (Campos, Borges, & Portugal 2009). Em Portugal estima-se que o número de mortes evitáveis seja de 1.300/2.900, 30% superior às mortes por Síndrome de Imunodeficiência Adquirida SIDA (Fragata 2004 citado por Eiras, 2010b).

Pode assim constatar-se a evidência da necessidade urgente de redução de erros médicos e que os serviços de saúde não são tão seguros como deveriam ser. Por estes motivos, o IOM sugeriu que o ideal seria reduzir para metade o número de mortes causadas por erros, no prazo de cinco anos (IOM 2000).

No entanto, existem poucas evidências de que o sistema de saúde no ano de 2005 fosse mais seguro do que em 2000 e, certamente, nada sugere que as mortes causadas por erros diminuíssem na proporção sugerida pelo relatório “*To Err is Human*” (Brenan, Gawand & Thomas 2005).

Contudo, é inquestionável que se verificaram alguns avanços desde a divulgação do relatório supracitado, particularmente em relação à implementação de prontuários médicos eletrónicos, difusão de práticas seguras, treino das equipas e informação a doentes que sofreram eventos adversos (Berwick & Leape 2005).

Torna-se, pois, fundamental uma abordagem abrangente a fim de reduzir os erros e melhorar a segurança do doente, pressupondo a implementação de estratégias equilibradas e complementares (Fragata 2010).

Tecidas estas considerações e perante os factos apresentados importa, então, definir Segurança do doente.

O Instituto of Medicine (IOM 1999) define como evitar que o doente tenha lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceção dos erros quando eles ocorrem. Já para AHRQ, segurança do doente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência da sua ocorrência associado aos cuidados ao doente. A OMS citada pela DGS (2011) considera a segurança como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, não sendo mais do que a redução de atos inseguros dos processos assistenciais e uso de melhores práticas.

Através da análise das diversas definições, pode constatar-se que a ênfase é colocada no sistema de prestação de cuidados, nomeadamente, evitar erros, aprender com os mesmos e construir uma cultura de segurança envolvendo os profissionais, organizações e doentes (AHRQ 2008).

Também a Joint Commission in Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO) sustenta a segurança numa perspectiva da qualidade como sendo “ *O modo como os serviços de saúde , com o atual nível de conhecimentos aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a obtenção de resultados indesejados* ” (Baltaden citado por Sousa 2006, p.310).

Considera-se, assim, evidente que a segurança do doente é assumida como uma preocupação das principais Organizações Internacionais (IOM 2000), o que é reforçado por (Costa 2011), quando afirma que é imprescindível que as organizações de saúde desenvolvam uma cultura de segurança, em que os esforços nos processos de cuidados e

atividades, sejam focalizados na melhoria da fiabilidade e da segurança dos cuidados prestados ao doente.

Nesta perspetiva, a OMS, após um estudo desenvolvido entre 2006-2008, que teve como influência a dimensão e tipologia dos efeitos adversos, emanou um conjunto de prioridades de áreas de investigação que estão de acordo com o nível de desenvolvimento de cada país, considerando importante definir linhas e áreas de investigação prioritárias no âmbito da segurança do doente. Para os países desenvolvidos, o enfoque está nos fatores latentes (falhas na comunicação e coordenação), tendo sido identificadas como áreas prioritárias os fatores inerentes ao processo e à estrutura organizacional e a forma como influenciam a segurança do doente (Sousa, Uva & Serranheira 2010).

Assim, foram definidos temas prioritários para a investigação na área da segurança do doente: *“o conhecimento epidemiológico dos eventos adversos, o desenvolvimento, a implementação e avaliação de soluções inovadoras”*, (Sousa, Uva & Serranheira 2010 p.89). O objetivo destas duas linhas de investigação será o de obter conhecimentos que irão possibilitar a diminuição do risco e, conseqüentemente, que potencie a segurança do doente. Neste âmbito, verifica-se que o predomínio da investigação na área da segurança do doente é mais significativo em cuidados hospitalares, reconhecendo-se que é muito limitada ou quase inexistente em outras instituições de saúde (Castle & Sonon 2006; Sousa, Uva & Serranheira 2010).

Esta situação, citando Sousa, Uva & Serranheira (2010,p.91),deve-se ao facto por ser nos Hospitais “ [...] que se realizam procedimentos que de alguma forma possam envolver, maior risco [...]pelo volume, diversidade e especificidade dos cuidados prestados; pela gravidade das situações que recebem [...] pelos sistemas de informação que permitem uma melhor recolha e sistematização de informação; e de uma forma geral, pela complexidade inerente a este tipo de organizações”.

Contudo, estudos recentes afirmam que embora se conheça a necessidade de garantir um atendimento seguro noutras instituições que prestam cuidados de saúde, é notório

que a cultura de segurança do doente é aí pouco desenvolvida e os residentes podem estar em risco (Hughes & Lapane 2006; Castle et al. 2011; Singer et al.2012 ; Thomas et al. 2012).

Perante estas considerações, a segurança constitui-se como um imperativo organizacional e uma área de desenvolvimento fundamental noutras Unidades de Cuidados (Ques,A.,Montor,C.& Gonzalez, M 2010).

Como mencionado anteriormente, em Portugal, a investigação da Segurança do doente na área dos Cuidados Continuados é residual, pelo que é importante dedicar particular importância a esta questão de modo a criar conhecimento e permitir o desenvolvimento de ações inovadoras que melhorem a segurança do doente (Sousa 2010, p.92).

Nesta sequência e dadas as projeções relacionadas com o envelhecimento da população, prevendo-se num futuro próximo uma maior procura de cuidados das UCCL, é nossa convicção que a segurança do doente será uma das principais linhas de discussão, reflexão e investigação, com forte expressão na melhoria da qualidade de cuidados nessas instituições.

1.1. CULTURA DE SEGURANÇA

A segurança deve ser reconhecida como um aspeto da qualidade que combina técnicas de qualidade e de segurança, integrando-as numa só cultura, devendo ser uma estratégia global das organizações de saúde (Vargas & Recio,2008 citado por Fernandes & Queirós 2011). Nesta perspetiva e tendo em conta que o propósito de um serviço de saúde é prestar cuidados de qualidade aos doentes, qualquer profissional deverá construir e assegurar uma cultura de segurança.

Contudo, a natureza dos erros, a frequência e o seu impacto não está só dependente de eventuais características individuais, relacionado com a experiência profissional dos prestadores, mas também com aspetos organizacionais. Deste modo, torna-se

imprescindível que os intervenientes dos sistemas de saúde desenvolvam estratégias a fim de os minimizar, colocando o doente no centro das decisões (Sousa, Uva & Serranheira 2010).

A cultura de segurança é um conceito complexo, pelo que, somos da opinião que o pretendido é minimizar danos ao doente, resultantes muitas vezes dos processos de prestação de cuidados.

Sousa (2006) corrobora esta opinião e realça que o carácter multifatorial subjacente às falhas de segurança dos doentes, denominada por alguns autores como a lógica da cascata, é mais facilmente compreensível quando explicada como uma teoria de queijo suíço. Para tal acrescenta, citando Reason (2002) que, a ocorrência de um evento adverso ou dano de um doente pressupõe o alinhamento de vários *buracos*, ou seja, terão que existir falhas quer na estrutura quer no processo, dando como exemplo a prática dos profissionais ou comportamentos inseguros por parte dos doentes (Sousa 2006).

Essas lacunas, fraquezas e fracassos ocorrem por duas razões: falhas ativas por parte das pessoas que desenvolvem atos inseguros ou por condições latentes que estão presentes dentro do sistema (Reason 2004).

Os estudos evocados pelo IOM (1999) compravam, igualmente, que o problema da segurança do doente não é devido à existência de profissionais incompetentes no sistema de saúde mas sim, de bons profissionais trabalhando em sistemas inadequados, que precisam de ser mais seguros para os doentes (Clinco 2007).

A este respeito Fragata (2006 p.115) afirma que, os erros ocorrem *“tendo como responsáveis em cerca de 60% dos casos, atividades mediadas por humanos e em cerca de 40% são mediadas por mecanismos”* organizacionais. Entre ambas as componentes existe ainda fatores da equipa e uma dose de incerteza o *“fator acaso”*.

Acerca destas causas ou dos responsáveis dos mesmos, é incontestável que há incidentes que causam danos, implicam muitos custos e sobretudo muitos deste poderiam ser

evitados (IOM, 1999),o que acentua a necessidade de uma cultura de segurança. Na verdade, na cultura de segurança a questão não é tanto *“quem fez isto» mas antes «porquê e como é que isto nos aconteceu”* Fragata (2010,p.564).

De facto, ao intervirmos na análise e na deteção de erros desenvolvem-se oportunidades para identificar as causas que estiveram na sua origem e planeiam-se ações que os permitem ultrapassar (Oliveira 2009).

Assim sendo, existe hoje um forte conjunto de evidências e um vasto conhecimento factual que nos permite afirmar que a cultura de segurança do doente é uma filosofia que líderes e profissionais seniores, transmitem e influenciam o comportamento das pessoas que trabalham nas organizações (Hemman 2002).

A cultura de segurança de uma organização desenvolve-se em cinco fases, denominando-se como o modelo de Maturidade Cultural: Inicialmente, considera-se a segurança como um problema causado pelos trabalhadores a fase Patológica; posteriormente, na fase Reativa as organizações já a entendem como algo sério, no entanto, só quando acontecem incidentes é que são desenvolvidas medidas corretivas; na fase Calculada, a segurança já é controlada pelos sistemas de informação e as melhorias são impostas pelos responsáveis; na fase Proactiva já há consciencialização da necessidade de melhorar processos e são os próprios profissionais que tomam iniciativas para a melhorar; por último, na fase Participativa todos os profissionais dos diversos níveis têm uma atitude de responsabilidade e partilha em relação à segurança (Hudson 2003 citado por Clinco 2007).

Salientamos que os projetos de melhoria da qualidade que estão na base de uma cultura de segurança e foram, durante muito tempo, considerados como um fator agravante dos custos. Atualmente, a teoria é de que a melhoria efetiva da qualidade ajuda a conter e reduzir os custos, melhorando a produtividade (Clemer 1992 citado por ICN 2006).

Neste contexto a Sociedade Americana para o controlo da Qualidade divide esse custo em quatro categorias: custos com a Prevenção (que assegura que os procedimentos sejam realizados corretamente), com a Apreciação (que garante a inspeção e verificação), com a Falha Interna (que corrige o que foi mal feito da primeira vez) e os custos com a Falha Externa (que advêm dos consumidores insatisfeitos) (ICN 2006).

O mesmo autor divide em bons e maus custos de qualidade. Considerando que os " *Bons custos* "passam por formar, pesquisar o mercado, normalizar procedimentos, efetuar manutenção preventiva, esclarecer em relação às expectativas do consumidor e realizar auditorias, bons programas de recrutamento, planeamento estratégico e sistemas de feedback"; os " *Maus custos* "passa por fazer de novo, inutilizar, pelo absentismo, rotatividade, excesso de pessoal de gestão, excesso de custos com marketing, perda de clientes, entre outros". (ICN 2006, p.10).

Assim, as organizações devem valorizar o conhecimento, as competências e as tecnologias de modo a desenvolver equipas proactivas sendo, para tal, importante implementar mecanismos de gestão a fim de evitar as falhas, tendo que como nos refere Silva (2009), reforçando a opinião de Eiras (2010b): Instituir um modelo de reporting e o seu benefício; Mudar a cultura médica de não reportar as falhas; Incentivar a comunicação intra e inter – equipas; Melhorar métodos de trabalho e aumentar a performance; Elaborar registo dos erros; Impor períodos de repouso e limites ao volume de trabalho; Alertar; Desenvolver prática médica baseada na evidência e Prestar cuidados focados no doente.

Neste contexto, é possível desenvolver uma cultura de aprendizagem organizacional, considerada como uma prática que se sistemática, individual e coletiva irá debelar as disfuncionalidades dos sistemas (Fragata & Martins 2005).

Para as organizações é importante desenvolver estratégias que sedimentem essa cultura pelo que deverão adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para a prevenção de erros convertendo-os em hábitos de trabalho; desenvolver

programas de análise do que ocasionou o erro (análise do processo); e privilegiar processos que simplifiquem o trabalho e documentem os procedimentos (Yates et al. 2005 citado por Clinco,2007).

Não obstante, nessas estratégias deverão ser sedimentadas as premissas básicas de uma cultura de segurança conhecidas pelas *Seven Steps to Patient Safety* :

- *Build a safety culture* - Construir uma cultura de segurança: criando uma cultura aberta e justa;
- *Lead and Support your staff* - Liderar e apoiar os profissionais: estabelecendo uma clara prioridade para a segurança do doente dentro de uma organização;
- *Integrate your management activity* - Integrar a atividade de gestão do risco: desenvolvendo sistemas e processos para gerir os riscos identificando causas e definir ações corretivas ou preventivas;
- *Promote reporting* - Promover a notificação: Motivando os profissionais para a notificação dos incidentes assegurando a não culpabilização;
- *Involve and communicate with patients and the public* - Envolver os doentes e o público e promover a comunicação: desenvolvendo processos para comunicar abertamente com os doentes e ouvir as suas opiniões em relação aos eventos adversos;
- *Learn and share safety lessons* - Aprender e partilhar lições de segurança: encorajando os profissionais a utilizar a “root cause analyses” para compreender as causas dos incidentes, a fim de diminuir ou evitar episódios recorrentes;
- *Implement solutions to prevent harm* - Implementar soluções para prevenir o dano: Utilizando o que se aprendeu para introduzir mudanças nas práticas, processos ou sistemas. (Sousa 2006; Faria 2010; Costa 2011,NPSA 2009).

Nesta perspetiva surge a necessidade de conhecer as realidades e implementar culturas de aprendizagem nas organizações, sendo desenvolvidas várias ações a nível nacional e internacional, das quais destacamos:

- Criação de Agências AHRQ, National Patient Safety Agency e a *Danish Society for Patient Safety* na Dinamarca, *National Patient Safety Agency* no Reino Unido, , e a *Australian Patient Safety Foundation* na Austrália ;
- Implementação de sistemas nacionais de caráter voluntário de reporte de eventos adversos, nomeadamente, no Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Noruega, República Checa, Holanda e, recentemente, também em Portugal;
- Criação de agências de Acreditação como a King:s Fund, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia, e a Joint Comission Health Organizacion JCAHO.

De uma forma geral, o contributo destas organizações mencionadas é inequívoco para a qualidade de cuidados de saúde. Contudo, o Alto Comissariado da Saúde (ACS 2010 p.32) salienta a importância desta última, quando afirma que: “ *A conceptualização das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde conheceu um forte incremento a partir da criação da JCAH em 1952, nos EUA.*”

Corroborando esta opinião e segundo o Conselho de Enfermagem (2011), a acreditação favorece um compromisso visível de uma organização para melhorar a qualidade dos cuidados e/ou serviços prestados ao doente, uma vez que a grande prioridade é a segurança do mesmo.

De facto, para uma cultura de segurança e qualidade nas instituições, os processos de acreditação constituem um fator primordial. Neste âmbito, a OMS nomeia em 2005 “The Joint Commission International Center for Patient Safety”, que tem como objetivo identificar problemas e desafios à segurança do doente e estudar soluções promissoras através do *feedback*, com a colaboração dos vários grupos de profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados (entre os quais a comunidade leiga), em mais de 100 países (Santos et al. 2010).

De entre os vários resultados desta organização resultou um documento “*Nine Life – Saving Patient Safety*” que revela as conclusões de onde, como e porque, dos acidentes adversos em saúde. Nestes nove desafios é destacada a importância conferida à

comunicação durante as mudanças de turno (handoffs), como determinante da qualidade e segurança dos cuidados.

De referir que é igualmente atribuída à comunicação no “Patient for Patient Safety “ um valor acrescido, na medida em que quando valorizada a comunicação com o doente e família, assumindo-os como verdadeiros colaboradores e atores no processo de cuidar, a segurança poderá ser aumentada.

Ao invés, as perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra - equipas de saúde podem contribuir para danos potenciais no doente (Santos et al.2010).

Deste modo, a comunicação durante a passagem de turno tem três funções: de comunicação expressa onde se encontra incluída a informação objetiva relacionada com os cuidados e práticas médicas; de informação encoberta onde estão incluídos os elementos psicológicos e sociais dos cuidados; e de integração cultural com o objetivo da construção da identidade profissional (Kerr citado por Santos et al. 2010).

De um modo geral, se a comunicação em saúde é um fator crucial na segurança do doente, a sua qualidade ainda é mais relevante. Quanto às passagens de turno, existem várias barreiras que podem ser a causa de eventos adversos, nomeadamente: omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação, interrupções frequentes, ruídos e a competência individual. (Santos et al. 2010).

Neste sentido, a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e entre estes e os doentes, traduz-se em equipas de trabalho coesas, com espírito de interajuda, em que segurança do doente é uma prioridade e chave para uma organização bem-sucedida (Santos et al.2010; Sousa, Uva & Serranheira 2010; ICN 2006).

A segurança tem que ser assumida como uma prioridade institucional, salvaguardar descuidos nesta área, planear o trabalho seguro, evitar a confiança na memória e antecipar o inesperado, é o paradigma da qualidade (Oliveira 2005).

Já em 2004 a OMS havia lançado um programa de segurança do doente “*The World Alliance for Patient Safety*” onde eram identificadas áreas prioritárias visando contribuir para uma melhoria significativa da segurança do doente e redução de danos, destacando-se a investigação e soluções para a sua segurança (WHO 2004).

Assim e mediante estas orientações, foram publicadas 6 metas de segurança Internacionais, designadamente:

- Identificação correta dos doentes;
- Comunicação efetiva;
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- Assegurar cirurgias em local de intervenção certo, procedimento certo e doente certo;
- Reduzir o risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS);
- Reduzir o risco de lesão ao paciente, decorrentes das quedas.

Em Portugal, decorrente destas diretrizes e de se ter constatado uma escassa cultura de qualidade, um défice de organização dos serviços de saúde, a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, surge a criação de uma estratégia nacional para a Qualidade em Saúde, criada por despacho da Ministra a 8 de junho (nº14223/2009) que contribuiu, decisivamente, para uma filosofia de melhoria contínua da qualidade, integrando os elementos que os constituem: pessoas, recursos e modelos de organização. Resultante deste despacho, salienta-se o desenvolvimento de normas e orientações clínicas; indicadores nacionais de qualidade; notificação de incidentes e de eventos adversos; criação de normas de procedimento que evitam os erros clínicos, cirúrgicos e de medicamentos; monitorização das infeções associadas aos cuidados de saúde; combate às resistências dos antimicrobianos; gestão integrada das doenças crónicas e a criação do observatório da segurança do doente.

O observatório Português da Qualidade foi um marco importante nesta área uma vez que permitiu compilar e analisar dados relativos à segurança, conferindo medidas corretivas,

difusão de boas práticas (benchmarking), disponibilizando informação relevante aos profissionais, doentes e estabelecimento de parcerias.

De salientar, ainda a existência, em Portugal, de mais três organismos que contribuem para a Segurança dos Cuidados: a Entidade Reguladora da Saúde, de natureza independente que regula e supervisiona a prestação de cuidados; Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e produtos de saúde que avalia os medicamentos; e as Ordens profissionais que regulam o exercício (ACS 2010).

A reforçar esta questão e decorrente do protocolo estabelecido com a ACS e o Observatório de Segurança do Doente, surge recentemente a implementação de um sistema de notificação de incidentes e de eventos adversos que contribuirá decisivamente para melhorar a segurança do doente e dos profissionais.

Esta assenta numa cultura de aprendizagem, em detrimento de uma cultura de culpabilização, promove a melhoria contínua; promove uma cultura proactiva em relação ao risco e à segurança, cultura de transparência não punitiva, identifica indicador de segurança, identifica as causas das falhas, previne incidentes, melhora a gestão do risco, atua sobre as causas, age o mais precoce possível quando as falhas ocorrem, partilha o conhecimento, orienta a formação ao nível local e nacional, e elabora normas e orientações (Informação da DGS nº 009 - 2011 de 4-4-2011; Costa 2011).

Para a implementação do sistema de notificação e evento adversos, houve necessidade de traduzir oficialmente a estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre a segurança do doente, onde estão categorizados um conjunto de conceitos estandardizados relacionados com a mesma e que permitirá a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação de informação a fim de melhorar os cuidados aos doentes (DGS 2011).

Perante estas definições não é surpreendente que no contexto da prestação de cuidados de saúde, as taxas de incidência de eventos adversos atinjam valores que variam entre os

4% e os 16% sendo que, na sua maioria (50 a 70%), foram considerados preveníveis (Sousa, Uva & Serranheira 2010).

Conhecendo a frequência destes acontecimentos, torna-se fundamental a sua prevenção, daí que a gestão do risco surge como um meio de desenvolvimento, pelo qual, as organizações analisam eventos adversos e aprendem com os mesmos.

Cada um dos profissionais de saúde poderá e deverá estar envolvido tomando conhecimento do que são acontecimentos perigosos para o doente e participando, de forma prioritária, os acontecimentos graves (Oliveira 2005).

A gestão de risco focaliza-se em três modelos: na atribuição pessoal, na engenharia e na organização. Na atribuição pessoal é dada ênfase aos atos individuais em que o risco depende absolutamente da pessoa. No modelo de engenharia, a segurança é encarada, com o máximo de detalhe e fiabilidade e tem que ser quantificada. Por último, no modelo “organizacional”, o erro é percebido como uma consequência e focaliza-se nas medidas proactivas (Reason 2004 citado por Fragata & Martins 2005).

Os seus princípios, favorecem esta prática, nomeadamente o carácter não punitivo e a ausência de represálias pela participação de erros, encorajando a participação destes e de outros acontecimentos perigosos, criando um ambiente de aprendizagem (Costa 2011).

Para a prevenção de erros em sistemas complexos como é o da saúde, em que é necessário prevenir o erro humano, exige que se entenda a relação entre o ambiente que levou ao erro as características dos eventos que possam promover um comportamento adverso e a tendência que cada ser humano tem de cometer erros (Eiras 2010b).

Assim “a prevenção do erroé um problema de mudança de atitude e cultura” (Fragata & Martins 2004,p.23).

Nunes (2010) reforça este aspeto, conferindo-lhe um carácter eminentemente pedagógico e de desenvolvimento profissional, ao afirmar que a cultura de culpa deve e está a ser substituída por outra mais atual, de análise e aprendizagem.

O modelo mais usado na análise dos erros é a teoria do queijo suíço de James Reason (já abordado anteriormente) visto que, nas organizações complexas, o erro que causa a lesão, raramente, está isolado.

Esta abordagem implica “ uma análise das raízes das causas do erro, concentrando:

- Aspetos institucionais (regulações, aspetos legais);
- Organização e gestão (recursos financeiros, políticas e cultura de segurança);
- Ambiente de trabalho (níveis e capacidades do pessoal, padrões de conduta; características dos equipamentos, suporte administrativo);
- Grupo de trabalho (tipos de comunicação, liderança e supervisão), da tarefa em si (existência de protocolos práticos e resultados dos testes de avaliação);
- Características dos doentes (complexidade e gravidade da doença, comunicações e fatores pessoais e sociais);

Apesar desta abordagem, é sempre necessário analisar os comportamentos e atos individuais, pois é a combinação entre estas duas abordagens que está na base do potencial sucesso da gestão do erro clínico (Fragata 2006a;Carneiro 2010).

Melhorar a segurança dos doentes implica então três ações complementares: a prevenção dos erros clínicos, a sua visibilidade e a discussão acerca dos seus efeitos quando acontecem.

A liderança torna-se mais essencial que nunca, exigindo novos conhecimentos e habilidades profissionais que permitam um ambiente transparente, onde os defeitos se tornam visíveis e compartilhados sem inibição. Este ambiente requer esforços, que combinados, promovem mudanças que irão originar melhores resultados, melhores desempenhos organizacionais, melhoria da aprendizagem interprofissional que estão na base de uma cultura de segurança (Morath 2011).

A fiabilidade é também uma característica importante das organizações que prestam cuidados de saúde seguros, o que implica uma cultura de gestão do inesperado, das mudanças, dos incidentes e também das relações interpessoais (Silva 2009).

Para tal, é necessário desenvolver normas, regras, procedimentos e treinos para evitar acontecimentos inesperados e, simultaneamente, fomentar em cada trabalhador, a preocupação com as falhas. Neste contexto é imprescindível, existir uma liderança efetiva, registar, avaliar e prevenir os erros. A preocupação de uma organização segura é maior com as falhas do que com o sucesso (Silva 2009).

Podemos pois concluir que uma cultura de segurança engloba, então quatro tipos de Cultura: Cultura de relatos de erros, Cultura de Justiça, Cultura Flexível e de Aprendizagem (Carvalho 2011).

Governança Clínica e Qualidade

A complexidade organizacional dos hospitais, exige uma abordagem mista quer empresarial, quer clínica, ou seja, um tipo de governança integrada em que a otimização do desempenho passa pela adoção de estratégias, de garantia de qualidade e em que a responsabilidade é partilhada (Raposo 2007). O mesmo autor defende que a governança clínica deverá ser entendida como um conjunto de estruturas e processos que definam orientações estratégicas para as instituições e o meio pelo qual os recursos estão organizados e distribuídos para atingir e maximizar a segurança dos doentes.

Nestas estratégias estão incluídas a formação contínua, a introdução e manutenção de bons e novos sistemas de gestão, a promoção da efetividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, a investigação e o franco desenvolvimento de mentalidades abertas (Chandra Som 2004 citado por ACS 2010) “ com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade...” (ACS 2010, p.31).

A importância conferida à segurança dos doentes nos diversos documentos da DGS é também evidente, se atendermos ao conjunto de princípios preconizados para uma boa governação clínica: *Clara definição da responsabilidade pela qualidade dos cuidados clínicos, Existência de um programa de melhoria da qualidade (auditorias clínicas, normas de orientação clínicas, planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos); Planos de educação e treino; Gestão do risco; Programas integrados de identificação e correção do mau desempenho* (PNS 2011-2016 2010, p.27).

Como podemos constatar, o princípio dominante na segurança do doente é a estratégia de melhoria, pelo que existem barreiras definidas que devem ser ultrapassadas para a construção de um ambiente “ultra-seguro”:

- Aceitação de limites à performance do sistema – o pressuposto que se encontra subjacente quando são exigidos desempenhos altamente qualificados, o risco torna-se secundário nas preocupações das equipas envolvidas, tornando o sistema, inerentemente, inseguro;
- *Diminuição da autonomia profissional* – os interesses pessoais submetem-se aos interesses coletivos, em que o trabalho de equipa é fundamental para a adesão a regulamentos e aceitação de regras de funcionamento;
- *Transição da mentalidade de artesão para o de “ator equivalente”* – a qualidade não sofre variações inapropriadas mesmo que o ator mude;
- *Necessidade de arbitragem a nível do sistema para otimização de estratégias de segurança* – quanto mais seguro for o sistema, mais responsabilidade exige dos seus profissionais;
- *Necessidade de simplificação de regras e procedimentos profissionais*- simplificar o sistema quando se atinge a excelência;

Quando se ultrapassam estas barreiras podemos considerar que estão criadas as condições para a construção de um sistema de segurança (Amaalberti 2000 citado por Carneiro 2010).

Neste sentido e em primeiro lugar, há que desenvolver listas de verificação de procedimentos ou de normalização de atuações assim como, intervenções sistemáticas a

nível dos equipamentos; em segundo lugar, deve desenhar-se um processo contínuo de feedback sobre o funcionamento do sistema, bem como da análise continuada dos indicadores de desempenho; e em terceiro lugar, é fundamental melhorar a comunicação. Por fim, o treino, a motivação e as boas condições de trabalho dos profissionais que integram as equipas, garantem os procedimentos que asseguram um sistema de qualidade em saúde (Carneiro 2010).

Neste contexto está, claramente, assumida a importância da Qualidade em saúde, em que razões de ordem social, ética, profissional e económica determinam a indissociabilidade do binómio qualidade/segurança do doente.

De facto a qualidade é uma exigência, estando subjacente a filosofia do modelo de melhoria contínua de Deming (1980) para o qual, o doente assume um papel primordial em todo o processo, salientando que a qualidade deve ser direcionada para ir ao encontro das necessidades atuais e futuras dos consumidores para além de exigir um aperfeiçoamento contínuo em todos os processos organizacionais, Fragata (2006a).

Assim, se o objetivo último de um sistema de qualidade é a melhoria contínua em saúde e uma vez que, esta não é um estatuto mas resulta de uma atenção constante dos resultados do desempenho dos profissionais, é necessário o envolvimento de todos para uma prestação de cuidados de saúde seguros.

Na perspetiva da gestão da qualidade em saúde, muitos autores ainda se baseiam na tríade de Donabedian (1983) que assenta em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Neste tipo de abordagem, o objetivo é melhorar os resultados em saúde que, entre outros, passa por minimizar ou evitar “danos” nos doentes, que são desencadeados muitas vezes por falhas na estrutura ou no processo de prestação de cuidados de saúde (Sousa 2006, Sousa, Uva & Serranheira 2010).

Estas dimensões também estão implícitas nos aspetos que a OMS considera determinantes para obter a qualidade e que Pisco (2005) enuncia como Excelência

profissional; Eficiência na utilização dos recursos; Garante da segurança dos doentes; Satisfação dos utilizadores com o serviço de saúde; Resultados obtidos; Ganhos em saúde e melhoria progressiva dos Indicadores.

Os indicadores de qualidade são representações quantitativas e qualitativas da realidade, indiciam o desempenho das prestações, dos métodos e recursos de diferentes setores ou unidades, que possibilitam avaliação de desvios de procedimentos ou dos padrões existentes e a identificação de disfunções, erros ou falhas. Reconhece-se assim que nos serviços se enfatiza a perfeição técnica e as interações entre os profissionais de saúde e os utentes, base para uma cultura de segurança. A qualidade técnica possui duas dimensões: a aplicabilidade dos serviços e a competência com que os cuidados são prestados, consistindo a ótima qualidade técnica “ em fazer as coisas certas corretamente”(Madeira citado por Rodrigues 2009).

A qualidade total deve ser assumida como uma cultura de organização, baseando-se em cinco grandes princípios: Empenhamo da gestão de topo; Objetivos de satisfação do cliente; Processo contínuo da melhoria da qualidade; Qualidade entendida como um problema de todos; Gestão dos resultados económicos da qualidade (Pires 2004), sendo atingida não pela alteração de pessoas, mas pela alteração dos processos.

Temos assim identificado mais uma área que está na base da segurança dos cuidados. Cada elemento da organização passa a dispor de instrumentos e ferramentas que lhe permite fazer sugestões fundamentadas, tendentes à melhoria da qualidade do seu próprio trabalho: levantar questões, formular hipóteses, recolher dados, implementar e testar soluções. O objetivo visado será sempre o da melhoria contínua (Ferreira 1993).

Quando não existem estes processos, existem falhas na segurança e as implicações apresentam-se sob diversas formas, nomeadamente, na perda de confiança das organizações, aumento de custos sociais e económicos e na redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados (Sousa 2006).

Neste sentido, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, o que foi também, recentemente, assumido pelo (ACS 2010, p.10) onde é considerado que, para o desenvolvimento de um processo de cultura de segurança, é importante que exista uma estrutura independente que avalie, monitorize, promova a qualidade, que se defina um mecanismo de responsabilização e exista também, em cada organização, um *staff* que tenha como missão avaliar, monitorizar e promover a formação em qualidade.

Face à descrição efetuada, é por demais evidente a necessidade de fomentar a cultura de segurança como uma estratégia de gestão que se repercute na qualidade das organizações de saúde.

A liderança, o conhecimento, a motivação das pessoas, a participação, o envolvimento ativo, o desenvolvimento das competências das pessoas e dos processos, bem como a informação estão na base de organizações que encaram a qualidade como um compromisso.

Numa atitude proactiva e enquanto agente de mudança, consideramos fundamental a introdução desta temática nas UCCI, pelo que passaremos de uma forma sucinta a caracterizar as mesmas.

1.2. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Os Cuidados Continuados Integrados são o “conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”(Dec. Lei ,101/2006 artigo 3º de 6 de Junho, p.3867).

O desenvolvimento deste tipo de cuidados vem colmatar, de uma forma gradual, a ausência de respostas existentes no nosso país, a pessoas que se encontrem em situações

de dependência e permite "libertar" os hospitais de agudos, essenciais para outro tipo de cuidados.

Promove respostas adequadas e engloba novos paradigmas que passam, necessariamente, por um enquadramento intersectorial e multidisciplinar, que implica o trabalho integrado e pró-ativo de equipas multidisciplinares que promovam o envolvimento de todos (utente/familiar/prestador) na prestação de cuidados e respeita sempre as necessidades, preferências e os objetivos de reabilitação.

A publicação do Decreto-lei nº101/2006 de 6 de junho, cria a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social *"é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais "* (Decreto de lei nº101/2006 de 6 de Junho,p.3857).

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, a implementar num período de dez anos e ao longo de três fases. A primeira fase (2006 e 2009) incluía experiências piloto e pretendia alcançar 30% de cobertura. A segunda fase (2009 a 2012) visa atingir 60% de cobertura e, na terceira e última fase (2013-2016) pretende alcançar os 100% de cobertura (Portugal, MS, UMCCI, 2009 citado por Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2011,p.14).

Realçamos que a prestação deste tipo de cuidados, tem grande expressão atualmente pelo facto de se verificar em Portugal um envelhecimento progressivo e prevalência de doenças incapacitantes. Além disso prevê-se que em 2050, será um dos países da União Europeia com maior número de idosos e menor taxa de população ativa, onde a percentagem de idosos duplicará, passando de 16,9% (2004) para 31,9% (2050), (INE 2004). Acresce que *" Em 2050, Portugal será o 4º país dos 25 da União Europeia, com maior percentagem de idosos, só ultrapassado pela Espanha (35,6%), pela Itália (35,3 %) e pela Grécia (32,5%)* (UMCCI 2009, p.6).

Face a estas projeções, é espectável uma maior procura de cuidados, quer na área social, quer na área da saúde em particular.

1.2.1. Objetivos e organização

A rede assenta assim em três princípios fundamentais: reabilitação, readaptação e reintegração social de indivíduos que necessitem de cuidados, independentemente da idade e se encontrem em situação de dependência. Designadamente, as pessoas com perda transitória de autonomia, as pessoas idosas com dependência funcional, os doentes com patologia crónica múltipla e as pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Neste contexto, têm acesso à Rede as pessoas que se encontrem nas seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, doença severa, em fase terminal ou avançada (artigo 31º, Dec Lei 101/2006, pp 3862-3863).

São excluídos da Rede: doentes com episódios de doença em fase aguda, doentes que aguardem resposta a uma necessidade exclusivamente, de apoio social, doentes cujo objetivo seja o estudo diagnóstico e que requeiram apenas cuidados paliativos exceto se pedido para Unidade Cuidados Paliativos (UCP) (Unidade de Missão).

Deste modo e partindo do objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos da rede:

- Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas que se encontram em situação de dependência, através de cuidados de saúde e/ou de apoio social;

- Garantir a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no seu domicílio, proporcionando-lhe os cuidados terapêuticos e de apoio social necessários para a sua manutenção, conforto e qualidade de vida;
- Promover o apoio, acompanhamento e o internamento adequado à situação clínica;
- Assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e de apoio social;
- Apoiar, envolver e capacitar os familiares ou prestadores informais na prestação de cuidados;
- Fomentar a articulação e coordenação em rede dos diversos serviços envolvidos;
- Prevenir possíveis lacunas em serviços ou equipamentos pela cobertura das necessidades das pessoas em situação de dependência em matérias de cuidados continuados e paliativos. (artigo 4º – Dec. lei 101/2008, 3858).

Para que seja possível cumprir estes objetivos da rede, a coordenação é efetivada a diferentes níveis. Processa-se a nível Nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), sendo a sua principal função a condução do projeto global de acompanhamento e estratégia de operacionalização, sem prejuízo da coordenação operativa regional e local.

A nível regional é assegurada pela Equipa Coordenadora Regional (ECR) competindo-lhe o planeamento, gestão, controlo e avaliação da rede, garantindo a equidade de acesso, a qualidade e adequação dos serviços que são prestados e articulação entre os vários serviços e equipas.

A nível local, e de um modo mais operacional, é assumido por equipas denominadas Equipa Coordenadora Local (ECL), que asseguram o acompanhamento e avaliação da rede a esse nível, fazendo a articulação e coordenação dos recursos e atividades no seu âmbito de referência (despacho nº 19 040/2006, de 3 de Agosto, publicado DR II série, nº181, de 1 de Setembro).

A RNCCI presta cuidados, maioritariamente, a idosos em que 81,5 % dos referenciados têm mais de 65 anos e 44,5 % mais de 80 anos (RNCCI 2012).

Segundo o mesmo Relatório de Monitorização da RNCCI, publicado em julho de 2012, o número de camas são de 5 948 em julho de 2012, distribuídas do seguinte modo: 906 de Convalescença, 1808 de Reabilitação, 3041 de Longa Duração e Manutenção e 193 de Paliativos. As taxas de ocupação de todas as Tipologias de Unidades apresentaram valores acima dos 79%, em dezembro de 2011, o que reforça a necessidade deste tipo de cuidados.

A RNCCI é baseada num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de respostas: as Unidades de internamento, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias.

Das Unidades de Internamento fazem parte: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm) e as de Cuidados Paliativos (UCP) (ver figura 1).

As Equipas de Ambulatório englobam as Unidades de dia e de promoção de autonomia, prestam cuidados integrados em regime de ambulatório a pessoas que não reúnam as condições para serem cuidadas no domicílio, devendo-se articular com outras Unidades da Rede ou com outro tipo de respostas já existentes, funcionando 8 horas por dia, pelo menos nos dias úteis.

As equipas hospitalares são constituídas pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA). No que respeita a estas equipas referenciadoras (EGA), existe uma cobertura total dos hospitais. O mesmo não acontece com as entidades referenciadoras dos centros de saúde em que existem apenas 293 a nível nacional, apresentando, no entanto, um crescimento de 65,5% em relação a 2010, sendo mais notório na região Centro, seguida da região Lisboa Vale do Tejo. No último relatório, podemos constatar um aumento significativo das mesmas, existindo 405 a nível nacional, com um crescimento de 200% na região do Alentejo (RNCCI 2012).

As equipas hospitalares são extremamente importantes para a preparação atempada da gestão das altas (EGA). Asseguram a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares, com as equipas locais e regionais da Rede e ainda com as equipas prestadores de cuidados continuados dos centros de saúde dentro da área de abrangência.

Ainda, e dentro dos hospitais, existem as equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos (EIHSCP) que prestam aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos.

As equipas domiciliárias compreendem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que estão sediadas nos centros de saúde e sob a responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários. Prestam cuidados domiciliários a pessoas em situação de dependência e, cuja situação, não requer internamento. Salientamos que a “cobertura” nacional ainda é insatisfatória, variando entre os 30 e 60%, sendo a taxa mais baixa na região centro.

A nível dos Cuidados de Saúde Primários existem também as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos que prestam aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às ECCI e também às UMDR e ULDM.

O acesso à rede é sempre feito pelas ECL, mediante uma proposta oriunda de um Hospital ou centro de Saúde, independentemente da tipologia e dos cuidados serem de internamento, ambulatório ou domiciliário. Esta, analisa e identifica o melhor recurso de forma a responder àquele utente e família.

Figura 1 – Caracterização das Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Tipo de Serviços/Cuidados	Unidades de Internamento			
	UC	UMDR	ULDM	UCP
Cuidados Médicos	Permanentes	Diários	Fisiatria – periódico	Diários
Cuidados de Enfermagem	Permanentes	Permanentes	Diários	Permanentes
Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados	✓	-----	.....	✓
Prescrição e administração de fármacos	✓	✓	✓	✓
Cuidados de fisioterapia	✓	✓	✓	✓
Apoio psicossocial	✓	✓	✓	Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados noutros serviços e espiritual
Apoio nas necessidades Básicas (Higiene, conforto e alimentação)	✓	✓	✓	
Convívio e lazer	✓	✓	.....
Período de internamento	Até 30 dias consecutivos	De 30 a 90 dias	Superior a 90 dias , inferior se for para descanso do cuidador	
Terapia ocupacional	.....	✓	Animação sociocultural	
Atividades de manutenção e estimulação	.....	.....	✓	✓ Sem estimulação
Apoio nas atividades instrumentais da vida diária	.....	.....	✓	.....
Apoio no desempenho das actividades de vida diária	.....	.....	✓	.....

1.2.2. Qualidade nas UCCI

A organização da RNCCI, introduziu um novo paradigma do “cuidar” da pessoa em situação de dependência e propôs uma intervenção que, segundo Gomes (2009), exige que todos os profissionais integrem um marco de referência teórico que permita identificar e guiar o processo de intervenção bem como a competência técnica/prática, na execução do plano da intervenção.

A Qualidade nestas Unidades torna-se um imperativo e a segurança do doente adquire uma relevância particular, sendo a aposta na melhoria contínua.

A Melhoria Contínua da qualidade desenvolvida pela RNCC, em que a área da segurança do doente tem um papel preponderante, orienta-se pelo Manual da Qualidade de acordo com o modelo de Deming e publicado para o efeito. Tem como objetivos “a *Introdução de melhorias internas na Instituição, quer nos aspetos físicos, logísticos, condições de trabalho dos colaboradores, condições de conforto e comodidade dos clientes/utentes e meio envolvente; permite melhorar os métodos de trabalho e também continuamente o sistema de gestão da qualidade* (RNCCI 2009).

Assim e desde o primeiro momento, a rede teve como objetivo avaliar continuamente os ganhos por ela obtidos. Desse modo desenvolveu-se um sistema de registo e monitorização on-line que permite, no momento, registar e avaliar: referenciações, admissões, grau de autonomia obtido, estado nutricional, queda, úlceras de pressão, dor, infeção, uso de fármacos e alocação de recursos humanos. Esta metodologia permite além de registos atualizados, efetuar auditorias periódicas que retratam e contribuem para a qualidade assistencial destas unidades.

No relatório apresentado pela UMCCI (2009) “Onde estamos para onde vamos?” é feita referência à necessidade de se investir em alguns aspetos que poderão contribuir para a estratégia de qualidade, nomeadamente: *em relação ao Pessoal (mais liderança, terapia ocupacional, medicina física e reabilitação, revisão de rácios enfermeiro /doente, médico/doente), aos Cuidados (multidisciplinaridade integrada, atenção aos cuidados de higiene), Registos (promover o uso de algoritmos, uniformização de registos, registos relacionados com a segurança) e a Terapêutica Farmacológica (revisão periódica, seguir normas básicas, redução de quantidade de fármacos)*, (RNCCI - Estratégia de qualidade – Auditorias Externas 2009,p.23).

A melhoria contínua tem sido uma preocupação nestas Unidades, sendo a aposta garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes; daí que já existem pelo menos quatro Unidades que, recentemente, obtiveram acreditação de

qualidade através da empresa Joint Commission International (JCI) – (Águeda, Batalha, Ribeira de Pena e Sabrosa), todas pertencentes à União de Misericórdias que são responsáveis por 50 % das Unidades existentes a nível nacional. Atualmente, encontram-se sete unidades a preparar a acreditação (Guimarães, Póvoa de Varzim, Mortágua, Entroncamento, Santiago do Cacém e Loulé (Pagin 2012).

O processo de acreditação nestas unidades permite certificar a qualidade, muitas vezes já reconhecida pelas auditorias externas a que são sujeitas pela UMCCI, e refletir sobre os processos internos de prestação de cuidados de saúde.

Ponderados todos os parâmetros que se devem ter em conta na análise da Cultura de Segurança, e para que se possa medir periodicamente, o nível da mesma, as organizações devem assegurar medidas que permitam controlar permanentemente as necessidades das partes interessadas.

Assim, avaliar a cultura de Segurança do doente, garante que a organização tem uma política de qualidade, em que os procedimentos estão standardizados, que os erros são monitorizados e que existam sistemas de controle, que periodicamente, realizem correções e a gestão de topo esteja envolvida (Carapeto &Fonseca 2006).

Avaliar a cultura de segurança do doente

A segurança é considerada uma dimensão da qualidade, e as atividades que se desenvolvem a fim de a garantir, podem dividir-se “ *em ciclos de melhoria, desenhos da qualidade e monitorização da mesma* “ pelo que poderá ser *avaliada, monitorizada e melhorada* (ACS 2010, p.23).

Parece haver consenso quanto à responsabilização dos vários intervenientes, bem como a multiplicidade de fatores que intervêm ao longo do processo da cultura de segurança, estando presentes nas várias dimensões: estrutura processos e resultados, em que o alvo

de cuidados é o doente e a sua segurança, daí que a avaliação deva ser efetuada a todos os níveis (Fig 2).

Figura 2 – Processo de Cultura de segurança



© Luís Campos, 2009

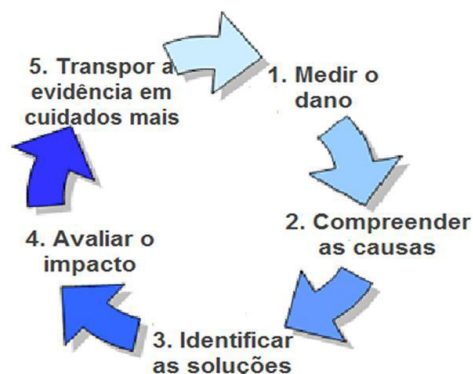
Fonte: ACS 2010, p.23, Enquadramento conceptual para as atividades relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde- Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

Em Portugal a avaliação é quase inexistente, pelo que um dos objetivos no plano de saúde em curso é o de promover uma cultura de avaliação vertical (em todos os níveis de responsabilidades) e horizontal (nas diversas áreas de Cuidados) (ACS 2010, p.23).

A metodologia de avaliação da cultura de segurança poderá ser classificada em dois tipos: qualitativa ou quantitativa. A qualitativa tem a ver com grupos focais, observações e estudos de caso, os métodos quantitativos são os mais utilizados e compreendem as entrevistas, formulários e questionários (Yule,2003 citado por Carvalho 2011).

Não há um instrumento de medida universal para a segurança, mas o que se pretende é identificar áreas de alto risco nos cuidados de saúde, identificar o que funciona, o que apresenta problemas e, posteriormente, definir planos de ação, tal como no esquema apresentado por Mendes 2012 (fig. 3).

Figura 3- Ciclo de análise de Risco



Fonte: Mendes 2012- WHO sessão 3 investigação em segurança do doente slides

Segundo os diversos autores o que se pretende medir são os erros e eventos adversos. Quando se medem os erros latentes estamos focalizados nas notificações de incidentes, nas reuniões onde são discutidas morbidade, mortalidade e análise de reclamações, são revistos prontuários e processos clínicos, analisam-se dados administrativos e sistemas de informação. A observação revela os erros ativos e os eventos adversos são medidos pela vigilância (Thomas e Petersen, JGIM 2003 citado por Mendes,2012).

Outros fatores mensuráveis incluem: fatores comportamentais, atitudes e percepções de segurança e fatores ambientais.

A este propósito, desenvolver instrumentos que permitam fazer uma medição regular, identificando problemas e obter o feedback da sua resolução, deverá ser uma das preocupações que está na base do desenvolvimento da Segurança do doente.

Acresce que, a ferramenta selecionada, deverá contemplar uma série de domínios que estão de acordo com a cultura da própria organização, dando ênfase à liderança, empowerment, comunicação, trabalho de equipa, transparência, tolerância, justiça, aprendizagem, envolvimento do doente, pesquisas, etc. (Smetzer & Navarra 2007).

Para a Aliança Mundial da segurança do doente, este tipo de pesquisas destaca-se como uma prioridade (Carvalho 2011). Já a AHRQ reconhece este tipo de pesquisa como um instrumento relevante, tendo disponibilizado vários instrumentos para a *Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em vários “cenários” de prestação de cuidados, nomeadamente hospitais, Nursing Home e Consultórios Médicos (AHRQ)*.

Em Portugal, a fim de avaliar até que ponto as culturas organizacionais dos Hospitais enfatizam a importância da segurança do doente, dando ênfase aos erros, às percepções dos erros e às dimensões da cultura, já foram realizados estudos e desenvolvidas diretrizes para a sua aplicação, (Eiras 2010a).

O desenvolvimento da *Pesquisa* nas Nursing Home é projetado, especificamente, para pessoal a trabalhar em Nursing Home, solicitando a opinião sobre a cultura de segurança (NHSPS) Nursing Home Survey on Patient Safety Culture.

Tendo em conta a definição de “Nursing Home”: convalescent home, skilled nursing unit (SNU), care home, rest home, or old people's home [1] provides a type of care of residents: it is a place of residence for people who require constant *nursing care and have significant deficiencies with activities of daily living*[citation needed]. Residents include the elderly and younger adults with physical or mental disabilities. Residents in a skilled nursing facility may also receive physical, occupational, and other rehabilitative therapies following an accident or illness. Residents may have certain legal rights depending on the location of the facility”(Wikipedia), podemos considerar que, “Nursing Home” são residências que incluem, pessoas que necessitem de cuidados de enfermagem permanentes, por apresentarem alterações significativas nas atividades de vida diária, físicas e/ou mentais, independentemente da sua idade.

Neste âmbito e pelas características apresentadas, consideramos que em Portugal, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), incluídos na Rede Nacional, correspondem às supracitadas “Nursing Home” que, como descrito nos capítulos anteriores, são Unidades emergentes e não existe nenhum instrumento validado que determine o nível de segurança destas Unidades.

Face à contextualização desta investigação e porque acreditamos que a segurança é a chave para a melhoria da qualidade e constitui um dos grandes desafios para as Instituições de Saúde, consideramos importante disponibilizar um instrumento que

permita às Unidades de Cuidados Continuados: “Avaliar o estado da cultura de segurança do doente; Sensibilizar os funcionários sobre essas questões; avaliar o impacto de iniciativas de melhoria dentro desse âmbito, e que acompanhe as mudanças na cultura da segurança do doente ao longo do tempo” (Sorra & Streagle 2008).

1.3.1. Segurança do doente nas Nursing Homes e Unidades de Cuidados Continuados Integrados - alguns estudos de Investigação

Na opinião de alguns autores, a investigação sobre segurança realizada nas Nursing Home “*é quase invisível*” (Hughes & Lapane 2006, p.286), e existem poucos relatos dessa iniciativa, quer a nível Nacional e Internacional.

Deste modo, optámos por apresentar os estudos encontrados, especificamente, das Nursing Home, pois como mencionado anteriormente, em Portugal não se conhecem estudos na área das UCCI. No entanto, serão apresentados alguns indicadores de qualidade intimamente relacionados com a segurança nessas Unidades.

Considerando que a população residente nas Nursing Homes com características inerentes (mais velhos e mais frágeis), poderá constituir um grupo mais vulnerável para eventos adversos, Hughes & Lapane (2006) realizaram um estudo transversal a fim de avaliar se a perceção de segurança do doente estava relacionado com o tamanho da instituição, tipo de funcionário e turno de trabalho.

O instrumento incluía 34 itens e mediu: perceção geral de segurança, trabalho em equipa dentro e entre os diferentes departamentos, abertura de comunicação, feedback e comunicação sobre o erro, resposta não punitiva aos mesmos, a aprendizagem organizacional, a expectativa e ações de promoção de segurança, pessoal suficiente e apoio da gestão em relação à segurança do doente.

Os resultados mais evidentes deste estudo revelaram que existia uma comunicação clara dos objetivos de segurança, no entanto, cerca de 40% do pessoal de enfermagem encontrava dificuldades para efetuar mudanças ou fazer sugestões para que os mesmos erros não acontecessem. Independentemente da equipa, 1 em cada cinco relataram que se sentiam punidos quando o faziam e dois em cada cinco considera, como um ataque

peçoal. Neste contexto, os autores sugerem que estas instituições necessitem de orientação no sentido de garantir a segurança dos seus residentes implementando projetos de melhoria de segurança.

Também Castle & Sonon (2006) realizaram um estudo transversal, utilizando o inquérito da cultura segurança dos hospitais tendo demonstrado, claramente, que a cultura de segurança nas “Nursing Homes” está pouco desenvolvida. Acresce que os mesmos autores são da opinião que deva existir um instrumento específico para este tipo de instituições. No entanto, no mesmo ano, considerando a inexistência de relatos que demonstrassem o nível de segurança das Nursing Home e para determinar os pontos de segurança neste tipo de residências, desenvolveu um outro estudo comparativo com os Hospitais. Os resultados demonstraram que os scores de segurança em Nursing Home são consideravelmente inferiores, pelo que, na sua opinião estes poderão estar em risco de dano como resultado de erros de segurança.

Em oito Nursing Home de Massachusetts também foi desenvolvido um outro estudo que avaliou as diferenças nas atitudes sobre a segurança do doente em relação à profissão. Concluiu que os gestores tinham uma perceção mais positiva sobre a segurança do que os trabalhadores da linha da frente e que os esforços para a medir, deviam incluir todos os funcionários, de modo a que se consiga uma compreensão completa para a tomada de decisões e promoção de respostas adequadas (Singer et al. 2012).

Num estudo apresentado por Swanson & Candice (2011), é descrito como foi desenvolvido um programa de acreditação a fim de melhorar a segurança do doente na Unidade “Cedars-Sinai Medical Center ” (Centro médico da Califórnia com 900 camas), segundo a descrição, foi atingido e mantido através do desenvolvimento de uma comunicação eficaz, estruturas e processos melhorados, através de uma liderança e governação compartilhada. Estas alterações, culminaram no desenvolvimento de uma Cultura de Segurança.

Por sua vez, em 2011 a AHRQ realizou também uma pesquisa através da aplicação do NHSPS, incluindo 226 Nursing Home com uma população de 16.155 funcionários que responderam de uma forma voluntária. A maioria dos inquiridos (71%) tinha uma relação

direta com os doentes, sendo as três principais funções dos entrevistados enfermeiro / auxiliar - 35%, pessoal de apoio – 18%, e licenciado – 17%. Quanto aos resultados gerais desta pesquisa, 86 % consideraram que a “Nursing Home” era segura, 84% referia haver feedback e comunicação sobre incidentes, já em relação à resposta não punitiva ao erro, a percentagem é um pouco mais baixa (53%), o que demonstra ter que existir melhoria nesta área. Em relação ao pessoal, na sua maioria (76%) iriam dizer aos seus amigos que a Unidade é segura, 25% considerou a Unidade excelente e 37% Muito Boa.

Estes resultados encontram-se no banco de dados da AHQR e permite a comparação de resultados (AHQR 2011).

Quanto às Unidades de Cuidados Continuados não conhecendo nenhuma investigação nesta área específica da segurança, serão apresentados alguns dados que refletem a preocupação dos mesmos na melhoria dos cuidados.

Assim, num estudo recente apresentado pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados, pode verificar -se que, relativamente, às Úlceras de Pressão a prevalência foi de 16% representando um decréscimo em comparação aos anos anteriores: 2010- 18%, 2009 -19% e 2008- 22%. Da mesma forma, as quedas denotaram um decréscimo de 27% em 2009 para 21 % em 2011, tendo-se observado uma maior percentagem nas unidades domiciliárias com uma prevalência de 28%, ao contrário das Unidades de internamento 19%(RNCCI 2012).

Um outro estudo publicado pela Entidade Reguladora da Saúde (2011) apresenta uma avaliação do acesso às unidades de internamento prestadoras dos cuidados continuados numa vertente qualitativa. Esta análise resultou de um inquérito enviado às instituições (210 no total) considerando diferentes critérios de qualidade (gestão da informação, instalações e equipamentos e processos de melhoria da qualidade).Em termos gerais, conclui que cumpre as normas da qualidade previstas, no entanto, salientam a necessidade de melhorar alguns critérios, nomeadamente, os relacionados com o controlo de infeção, gestão de risco manutenção de equipamentos e projetos de melhoria.

1.3.2. Nursing Home Survey on Patient Safety Culture

O *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture – NHSPS*, é a versão genérica do instrumento que avalia o clima de segurança nas *Nursing Home* (anexo 1). Este instrumento foi desenvolvido a partir do inquérito aos Hospitais da Cultura de Segurança do doente (utilizado desde 2004), cujo teste piloto foi realizado em finais de 2007 e início de 2008. Destinado a avaliar a cultura da organização, enfatiza a comunicação, o trabalho em equipa, formação e aprendizagem contínua (AHRQ 2008b).

O *NHSPSC* foi escolhido para o nosso estudo por apresentar boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,7 a 0,8) e por já se encontrar traduzido e adaptado a outros países, tendo sido validado para a população Espanhola, Canadiana, Dinamarquesa Japonesa e Maltesa (AHRQ).

Em Portugal, e segundo informação disponível, não existe ainda nenhuma tradução.

A fidelidade do *NHSPSC* foi determinada através da sua aplicação nos Estados Unidos em 2007 pela (AHRQ) em 40 *Nursing Home*, com uma taxa de resposta de 73%, abrangendo 3698 funcionários. A versão final desta pesquisa, inclui 42 itens e mede 12 dimensões da cultura organizacional relativas à segurança dos residentes das *Nursing Homes*: Abertura para a Comunicação; Conformidade com os procedimentos; Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes; a transmissão de informação nas Passagens de Turno; Apoio da gestão para a segurança do doente; Resposta não punitiva a erros; Aprendizagem organizacional; Perceção geral da segurança do doente; o Pessoal; as Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do doente; Trabalho de equipa; Formação e Capacitação da equipa.

Esta pesquisa também inclui duas questões relacionadas com a opinião dos entrevistados em relação à avaliação global da instituição e se a recomendariam aos familiares e amigos. (AHRQ 2008b).

Para uma melhor compreensão, apresenta-se um quadro com as dimensões e os alfas encontrados em cada uma das dimensões.

Tabela 1- Dimensões e Itens da NHSPS*

Dimensões	Itens	Alfa- Cronbach
Teamwork	A1- Staff in this nursing home treat each other with respect	0,86
	A2- Staff support one another in this Nursing Home	
	A5- Staff feel like they are part of a team	
	A9- When someone gets really busy in this nursing home ,other staff help out	
Staffing	A3- We have enough staff to handle the workload	0,71
	A8- Staff have to hurry because they have too much work to do	
	A16- Residents'needs are met during shift changes	
	A 17- It is hard to keep residents safe here because so many staff quit their jobs	
Compliance With Procedures	A4 - Staff follow standard procedures to acere for residents	0,73
	A6- Staff use shortcuts to get their work done faster	
	A14- To make work easier ,staff often ignore procedures	
Training & Skills	A7- Staff get the training they need in this nursing home	0,76
	A11- Staff have enough training on how to handle difficult residents	
	A13- Staff understand the training they get in this nursing home	
Nonpunitive Response Mistakes	A10- Staff are blamed when a resident is harmed	0,74
	A12-Staff are afraid to report their mistakes	
	A15- Staff are treated fairly when they make mistakes	
	A18- Staff feel safe reporting their mistakes	
Handoffs	B1- Staff are told what they need to know before taking care of a resident for the first time	0,86
	B2- Staff are told right away when there is a change in a resident`s care plan	
	B3- We have all the information we need when residents are transferred from the hospital	
	B10 - Staff are given all the information they need to care for residents	
Feedback & communication about Incidents	B4- When staff report something that could harm a resident, someone takes care of it	0,85
	B5- In This nursing home, we talk about ways to keep incidents from happening again	
	B6- Staff tell someone if they see something that might harm a resident	
	B8- In this nursing home , we discuss ways to keep residents safe from harm	
Communication Openness	B7- Staff ideas suggestions are valued in this nursing home	0,84
	B9- Staff opinions are ignored in this Nursing home	
	B11- It is easy for staff to speak up about problems in this nursing Home	
Supervisor Expectatitons & Actions Promoting Resident Safety	C1- My supervisor listens to staff ideas and suggestions about residente safety	0,81
	C2- My Supervisor says a good word to staff who follow the right procedures	
	C3- My Supervisor pays attention to resident safety problems in this Nursing Home	
Overall Perception of Resident Safety	D1-Residents are well cared for in the Nursing Home	0,86
	D6- This Nursing home does a good job keeping residents safety	
- Management Support for Resident Safety	D8- This nursing home is a safe place for residents	0,83
	D2- Management asks staff how the nursing home can improve resident safety	
	D7- Management listens to staff ideas and suggestions to improve resident safety	
Organization Learning	D9- Management often walks around the nursing home to check on resident care	0,81
	D3 – This nursing home lets the same mistakes happen again and again	
	D4- It easy to make changes to improve resident Safety in this nursing home	
	D5- This nursing home is always doing things to improve resident safety	
	D10- When this nursing home makes changes to improve resident safety, it checks to see if the changes worked	

*AHRQ – itens e dimensões

Desde a implementação deste inquérito que diversas instituições o utilizaram, a fim de conhecerem o nível de cultura existente.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

A metodologia inclui os processos de conduzir a investigação, pressupondo um processo rigoroso e sistemático de descrever ou interpretar a realidade. Exige conhecimentos aprofundados das técnicas e dos métodos o que, segundo diversos autores, permite gerar conhecimento (Fortin 2000, Fortin 2009).

2.1. TIPO DE ESTUDO

O presente estudo descritivo exploratório de carácter metodológico e de natureza quantitativa, tem como objetivos:

- Adaptar cultural e linguisticamente o questionário: “ Nursing Home Survey on Patient Safety Culture “ dando origem à versão Portuguesa do mesmo;
- Determinar as características psicométricas do *NHSPSC* na população Portuguesa;
- Determinar os níveis de Cultura de Segurança das UCCI.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

“ O número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que, quanto maior o numero de participantes na amostra, menor é o erro de amostragem. Tal é verdadeiro em parte, mas o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra representativa “ (Ribeiro 2008, p.45).

Assim sendo, e tendo em consideração que este estudo visa a validação cultural e linguística, de um instrumento de medida constituído por 42 itens de pesquisa, partilhamos da opinião de Almeida & Freire (2008, p.120), procurando que “ *a amostra seja suficientemente grande de forma a garantir que numa segunda análise se mantenha os mesmos fatores* “

Acresce que, de acordo com Pestana & Gageiro (2005), o mínimo de respostas válidas (N) deverá ser calculado pela fórmula $N = 5 \times K$, sendo k o número de questões do instrumento.

Pelas razões apontadas anteriormente, definimos que o tamanho mínimo da nossa amostra seria 210 funcionários a desempenhar funções em UCCI.

Nesta perspetiva, a população do estudo foi selecionada, tendo em conta a variedade e a dimensão das unidades, o número de funcionários, a facilidade de acesso às mesmas, com idêntica localização geográfica e pertencentes à Administração Regional Saúde Lisboa Vale do Tejo (ARSLVT). Houve necessidade de integrar uma Unidade pertencente à Administração Regional Saúde Centro, devido à recusa de uma Unidade da ARSLVT, participar no estudo.

O método de amostragem foi não probabilístico e por conveniência, sendo a amostra constituída por todas as equipas a desempenhar funções nas referidas unidades, independentemente das horas semanais efetuadas, da sua profissão e responsabilidade.

Apenas foi considerado um critério de exclusão: funcionários a exercer funções na instituição há menos de 1 mês.

Partindo destes pressupostos, após contacto com a ECR da ARSLVT (Anexo2) e posterior autorização dos dirigentes das instituições selecionadas (Anexo3): L.Nostrum em Mafra, UC, UMDR, ULDM,UCP com a lotação 199 camas e com 150 funcionários; Confraria Nossa Senhora da Nazaré – UMDR e ULDM, com a lotação 26 camas e com 41 funcionários; Santa Casa da Misericórdia do Bombarral Hospital Casimiro da Silva Marques – UC,UMDR, e ULDM, com a lotação 40 camas e com 61 Funcionários; Clínica Montepio Rainha D. Leonor – UC, com a lotação 12 camas e de 52 funcionários e a Unidade de Cuidados Continuados Marinha Grande – UMLDM com a lotação de 31 camas, e 25 funcionários foram entregues 330 questionários (quadro 1), durante o período de julho a setembro de 2012.

Quadro 1- Lotação e dotação das Instituições da amostra seleccionada

INSTITUIÇÃO	LOTAÇÃO	RECURSOS HUMANOS
Santa Casa da Misericórdia Hospital Casimiro da Silva Marques – Bombarral (UC,UMDR,ULDM)	40	61
Clínica Montepio Rainha Leonor - Caldas da Rainha (UC)	12	53
Santa Casa da Misericórdia da Marinha Grande (UMLDM)	31	25
L.Nostrum Mafra (UCP,ULDM,UC,UMDR)	199	150
Confraria Nossa Senhora da Nazaré (ULMD,UMDR)	26	41

A amostra final foi constituída por 219 profissionais, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 65%, que se encontra próximo do estudo piloto realizado em 2008 pela AHRQ (2008b) que apresentou uma taxa de resposta de 73%.

2.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento designado por “*Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*” “NHSPSC e, como referido anteriormente, é um questionário de origem Americana que tem como objetivo conhecer a opinião das equipas sobre a cultura de segurança nas *Nursing Home*. Revestindo-se de grande utilidade, revela-se um instrumento importante na medida em que possibilita o diagnóstico da situação, permitindo, simultaneamente, conhecer e sensibilizar os profissionais para essas questões.

O NHSPSC é um questionário constituído por um conjunto de 12 dimensões relevantes que avaliam a cultura de segurança do doente, conforme discriminação evidenciada na tabela 2 (AHRQ).

Tabela – 2- Numero de Dimensões e Frases Correspondentes do NHSPSC

Dimensões	Nº	Frases	Frases Negativamente formuladas *
<i>Teamwork</i> /Trabalho de equipa	4	A1,A2,A5,A9	
<i>Staffing</i> / Pessoal	4	A3, A16,	A8, A17
<i>Compliance With Procedures</i> / Conformidade com os Procedimentos	3	A4	A6, A14
<i>Training & Skills</i> / Formação e capacitação	3	A7,A11,A13.	
<i>Nonpunitive Response to Mistakes</i> / Resposta não punitiva aos erros	4	A15,A18.	A10,A12
<i>Handoffs</i> /Passagens de Turno	4	B1,B2,B3 e B10	
<i>Feedback & communication about Incidents</i> / Feedback e Comunicação sobre Incidentes	4	B4,B5,B6,e B8	
<i>Comunication Openness</i> / Abertura á comunicação	3	B7, B11	B9
<i>Supervisor Expectations & Actions Promoting Resident Safety</i> / Expectativas do superior hierárquico, promoção de ações de segurança	2	C1, C2 ,C3	
Overall Perception of Resident Safety Perceção da Segurança Global dos doentes	3	D1,D6,D8	
Management Support for Resident Safety Apoio da gestão para a segurança do doente,	2	D2,D7,D9	
<i>Organization Learning</i> / Aprendizagem organizacional	4	D3 , D4,D5,D10	

AHRQ 2008b *os itens negativamente formulados, são recodificados para tratamento estatístico

A primeira dimensão denominada: *Teamwork*/ Trabalho de equipa inclui um conjunto de itens (A1,A2,A5,A9) que se relacionam com algumas características que estão na base do funcionamento das equipas, nomeadamente, o respeito entre os profissionais, a interajuda e o sentirem fazer parte da mesma;

A segunda dimensão *Staffing* /Pessoal inclui os itens A3,A8,A16,A17, que são relativos à otimização das dotações seguras bem como a eficácia das equipas no sentido em que estas partilham informação, responsabilidade e experiências decisivas no atendimento do doente.

A terceira dimensão intitulada *Compliance With Procedures* / Conformidade com Procedimentos engloba os itens relacionados com a existência de sistemas organizacionais ou processos. Estes permitem evitar danos, porque ao simplificar, ou não cumprir os mesmos, para maior rapidez e facilidade nas tarefas, poderá ser um fator precipitante de efeitos adversos. Os itens que constituem este fator são: A4, A6, A14, alguns, estão negativamente formulados.

A quarta dimensão *Training & Skills / Formação e capacitação* refere-se à formação desenvolvida na instituição para melhorar os conhecimentos ou aprofundá-los, adequando as necessidades dos doentes e dos profissionais. Esta dimensão inclui os itens: A7,A11,A13.

A quinta dimensão intitulada *Nonpunitive Response Mistakes / Resposta não punitiva aos erros*, está relacionada com um ambiente livre de culpa. Os erros ao serem relatados, serão alvo de intervenção. A ênfase reside em todos os fatores que possam contribuir para o erro e que estão, obviamente, inerentes à organização, aos processos e ao indivíduo. Os itens que medem esta dimensão são: A10,A12,A15,A18.

A sexta Dimensão denominada *Handoffs /Passagens de Turno*, avaliada pelos itens B1,B2,B3 e B10, está relacionada com a comunicação efetiva entre todos os profissionais que “atendem” o doente, inclusive aquele que não prestam cuidados diretos ao doente (pessoal da limpeza, alimentação etc...).

A sétima dimensão *Feedback & communication about Incidents / Feedback e Comunicação sobre Incidentes*, está relacionada com a compreensão e a aprendizagem com os erros. Quando estes acontecem corrigem-se e são desenvolvidos mecanismos a fim de melhorar práticas ou procedimentos. Esta dimensão inclui os Itens B4,B5,B6 e B8.

A Oitava dimensão intitulada *Communication Openness / Abertura à comunicação* – integra 3 itens B7,B9,B11 e diz respeito à abertura existente pela parte da Gestão. Quando é efetuada alguma sugestão, demonstram interesse e facilitam a comunicação.

Na nona dimensão *Supervisor Expectatitons & Actions Promoting Resident Safety / Expectativas do superior hierárquico e promoção de ações de segurança* os itens C1 e C2 e C3, são relativos à atitude do líder que deverá ser proactivo, no sentido de antecipar e perceber as necessidades quer dos funcionários quer dos residentes.

Relativamente à décima dimensão *Overall Perception of Resident Safety / Percepção da Segurança Global dos doentes* os itens D1, D6 e D8, estão relacionados com a opinião dos funcionários quanto à segurança do doente na Instituição.

A décima primeira dimensão *Management Support for Resident Safety / Apoio da gestão para a segurança do doente* trata-se da comunicação interdisciplinar resultante de uma cultura institucional, permite ao gestor um feedback contínuo com a equipa fomentando

um respeito mútuo, é determinante na tomada de decisões para a melhoria da segurança. Esta dimensão é medida pelos itens D2,D7, D9.

A última e décima segunda dimensão denominada - *Organization Learning* / Aprendizagem organizacional inclui itens que dizem respeito à sensibilidade dos gestores para efetivar as mudanças necessárias e monitorizar as mesmas (D3, D4,D5,D10).

Para além destes itens, a pesquisa inclui questões relacionadas com características demográficas e profissionais que englobam categoria profissional, tempo de exercício na Unidade, carga horária semanal de trabalho, frequência dos turnos, entidade empregadora, o trabalhar diretamente com o utente, a idade e sexo, duas perguntas para uma avaliação global da Unidade e, por fim, uma questão aberta no sentido de incentivar a expressão de sugestões ou informação adicional sobre a cultura de segurança naquela Unidade.

O questionário, está estruturado em sete Secções:

Secção A – A trabalhar nesta Unidade; Secção B – Comunicação; Secção C- O superior hierárquico; Secção D – A sua Unidade; Secção E- Avaliação global; Secção F- Informação geral; Secção G – Sugestões.

Cada afirmação utiliza uma escala tipo Likert, organizada com uma pontuação de 1 a 6 que, dependendo da secção a que pertence, está relacionada com a discordância ou frequência que a frase suscita ao entrevistado, face à segurança daquela Unidade.

Relativamente à concordância das afirmações (Secção A, Secção C e D): discordo fortemente (1), discordo (2), não concordo nem discordo (3), concordo (4), concordo fortemente (5) e não sei ou não se aplica (6). Quanto à frequência com que ocorrem as situações: (secção B): Nunca (1),raramente (2),às vezes (3), maioria das vezes (4), sempre (5) e não sabe ou não se aplica (6).

Na secção E, as perguntas incluem duas questões que pretendem conhecer a opinião dos entrevistados quanto à avaliação Global da Unidade. A primeira frase refere-se ao facto de aconselhar a Unidade aos amigos e inclui três possibilidades de resposta: Sim (1), Talvez (2) e Não (3). A segunda pergunta relativa à perceção sentida pelos entrevistados

em relação à segurança da organização, a possibilidade de resposta compreende também uma escala tipo Likert: Fraca (1), Razoável (2), Boa (3), Muito Boa (4) e Excelente (5).

Na secção F -Informação Geral, inclui perguntas relativamente à profissão, aos horários e sua frequência, bem como as características sociodemográficas da amostra em estudo.

Por último, a Secção G – inclui uma questão aberta, com o objetivo de obter informação adicional sobre a expectativa dos funcionários relativos à Segurança do doente naquela instituição.

A categorização das frases e a sua organização pelas respetivas dimensões foi realizada de acordo com o autor do questionário (Sorra 2008).

Considerando que, para a aplicação do referido instrumento é necessário realizar a sua validação cultural e linguística, foi imprescindível desenvolver uma série de procedimentos que garantissem a equivalência linguística, conceptual e psicométrica (SAC 1995 citado por Ribeiro 2008).

Sendo um processo complexo que exige rigor metodológico, Ferreira & Marques (1998), referem-se aos critérios do *European Group on Health Outcomes* como fundamentais para a obtenção da equivalência cultural, nomeadamente, a avaliação das equivalências conceituais e linguísticas e a avaliação das propriedades psicométricas, harmonizando a fidelidade e validade. Assim, este processo de investigação foi desenvolvido em três fases, seguindo a metodologia recomendada pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ferreira 2012).

Passaremos a descrever as diferentes fases, para a consecução desse objetivo.

Numa primeira fase procedeu-se à tradução, retradução e verificação da equivalência semântica, através de tradutores bilingues e peritos que garantiram a equivalência entre a versão original e a portuguesa, obtendo-se uma primeira versão. Numa segunda fase submeteu-se a um teste de compreensão através de um grupo de indivíduos com características comuns e, por último, e terceira fase procedeu-se à validação do instrumento.

2.3.1. Equivalência Linguística e Concetual do NHSPSC

O grande desafio no desenvolvimento de uma adaptação cultural e linguística é atingir uma equivalência entre a língua fonte e a língua alvo (Neves & Silva 2011).

O processo de adaptação iniciou-se após autorização formal da AHRQ (anexo 4).

Iniciámos, pela tradução de Inglês para Português e verificação da equivalência semântica do NHSPSC. Foi efetuada de forma independente por dois tradutores bilingues, um fluente em inglês e conhecedor da área e dos objetivos do estudo e, o outro, tradutor profissional.

Salientamos que, durante o período de tradução, foram realizados contactos com os tradutores a fim de esclarecer questões relacionadas com a equivalência dos itens. Ambos respeitaram a equivalência da tradução do questionário, mantendo o mesmo significado da versão original, não recorrendo, unicamente, às dimensões lexicais. Consideramos este aspeto particularmente importante, na medida em que salvaguarda a origem de questionários com sentidos diferentes (Ribeiro 2008).

As questões relacionadas com o horário de trabalho foram adequadas à realidade das UCCI em Portugal e baseadas na informação da Unidade de Missão.

Na questão "Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?" foi retirado o último item, uma vez que a implementação das UCCI em Portugal, ocorreram apenas em 2006, não atingindo o item expresso no questionário (onze anos ou mais).

Numa segunda etapa, foi efetuada a análise das duas versões pela investigadora e pela orientadora, procedendo à análise dos enunciados, resultando uma versão de consenso – a versão 01 em português da *NHSPSC*.

Realçamos que foi conferida especial atenção aos vocábulos ou expressões potencialmente ambíguas. Nesta perspetiva, recorreremos ao guia publicado pela AHRQ, de modo a que a semântica dos conceitos utilizados fosse equivalente (Ferreira 1998) e não dificultasse a interpretação (Sorra & Streagle 2008).

Na terceira etapa, a partir da versão de consenso, foi efetuada a retroversão por um tradutor oficial cuja língua materna é a inglesa, mas com elevada fluência na língua

portuguesa e que desconhecia a versão original, dando assim origem à versão 02 em Inglês.

As duas versões obtidas por este processo (versão 01 em português e a versão 02 em Inglês) foram revistas item por item, de forma comparativa, até se verificar a equivalência e consenso dos tradutores.

A equivalência conceptual refere-se “à relevância e ao significado, noutra cultura, de um conceito ou dimensão tidos por relevantes na cultura original”. E a equivalência linguística, ou semântica, “ [...] compreende a verificação de que a construção das perguntas (ou dos itens) mantém o mesmo significado que tinha na língua original” (Ferreira & Marques 1998,p.20). Assim, foi necessário rever algumas questões e foram efetuadas algumas modificações. Este ajuste foi efetuado pela investigadora e orientadora resultando a versão 03 em Português.

Finalmente, de modo a assegurar a equivalência concetual, procedeu-se a uma avaliação inter juízes (Fortin 2009), tendo sido submetida a revisão de dois peritos bilingues e com conhecimentos científicos na área, que analisaram a equivalência das perguntas com a versão original, nomeadamente, os constructos (equivalência do idioma, conceptual e semântica).

A versão 03 foi sujeita a equivalência semântica por uma licenciada em línguas e literatura moderna da Faculdade de Letras de Lisboa que avaliou a parte gramatical e vocabulário, além da coerência da apresentação e das instruções de preenchimento.

Da análise das peritas foram sugeridas as seguintes alterações, conforme quadro 2:

Quadro 2 – Análise das Peritas e Sugestão de Alterações à Tradução do NHSPSC

Original	Tradução	Sugestão de alteração
“resident safety” means preventing resident Injuries, incidents, and harm to residents in the Nursing Home	Preâmbulo: “segurança do doente”- significa a prevenção de lesões, incidentes e danos ao doente resultante da Prestação de cuidados nesta Unidade	Definição de segurança do doente da DGS
.....in this Report	Neste Serviço Relatar	Nesta Unidade Notificar
A3 - workload”	Trabalho exigido	Quantidade de trabalho
A4 - standerd procedures	Procedimentos estabelecidos	Protocolos
A6 - shortcuts “	Métodos	“Atalhos”
A10 - “blamed”	Responsabilizado	“Culpabilizado
A13 - the training	Formação	“Treino”
A16 - Residents`needs are met during shift changes	As necessidades dos doentes são transmitidas nas passagens de turno	As necessidades são conhecidas nas mudanças de turno
A17 -so many staff quit their jobs.	Pretendem mudar de emprego	Abandonam o emprego
B2 - Staff are told right away when there is a change	Profissionais informam	Profissionais são informados
B6 - Staff tell someone if they	Comunicam aos seus superiores	“A alguém”
B8 - to keep residents safe from harm....	Manter a segurança do doente	“Livre de danos”
D5 - doing things to improve resident safety....	Garantir a segurança	Melhorar a segurança

Após as devidas correções, obteve-se a versão 4 da NHPSSC – Versão Portuguesa (VP) (anexo 5).

Para a verificação da equivalência /validade de conteúdo, segundo Ferreira (1998), é importante que seja avaliada por julgamentos de profissionais ou pessoas comuns sobre a clareza das perguntas, inclusão de conceitos, redundância de itens e escalas do instrumento, denominado de Teste de compreensão ou Pré-teste.

Neste contexto, no dia 29 de maio de 2012, após efetuado contacto prévio com o Coordenador da Unidade de Cuidados Continuados da Batalha (Anexo 6) foi aplicada a

versão 4. Foram realizadas 14 entrevistas e reflexão falada com 4 funcionários, num total de dezoito profissionais.

A escolha incidiu nessa Unidade pelo facto de ter sido, recentemente, acreditada e em que os profissionais tinham conhecimentos dos termos linguísticos utilizados no questionário.

Na reflexão falada colaboraram 2 enfermeiros (1 com funções de coordenação), 1 auxiliar e 1 assistente social. As entrevistas abrangeram os vários grupos profissionais (1 médico, 6 enfermeiros, 1 assistente social, 3 assistentes operacionais, 1 administrativa e 2 fisioterapeutas).

A cada profissional foi entregue um questionário tendo sido explicado os seus objetivos e que a sua estrutura não podia ser alterada (o numero de perguntas ou a sua organização, bem como as opções de respostas). O objetivo era que analisassem a forma como estavam formuladas as perguntas e não o que iriam responder.

Assim, era importante analisar a clareza e grau de compreensão das perguntas e analisar, em termos genéricos, a compreensão e aceitabilidade das palavras utilizadas bem como a sua relevância cultural.

Os questionários levaram, aproximadamente, 15 minutos a serem preenchidos.

A opinião geral foi de que o questionário estava redigido com clareza, solicitava a informação pretendida e que a apresentação permitia um correto preenchimento, no entanto, suscitou algumas dúvidas, nomeadamente:

Na Secção A - frase 6 “ Staff use shortcuts to get their work done faster “ traduzido por “Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente “ – não foi perceptível o significado de “atalhos”, também não foi encontrado nos descritores pelo que, após análise com perita optámos por substituir por “formas”.

Ainda na mesma secção, a frase 13 “ staff understand the training they get in this nursing home “ traduzida por “ os profissionais compreendem o treino que lhes é proporcionado nesta Unidade “, suscitou dúvidas visto que, culturalmente, não se utiliza o termo treino mas sim formação, independentemente de esta ser teórica ou prática, pelo que foi substituída a palavra treino por “formação”.

Finalmente, a frase 17 da mesma secção “it is hard to keep residents safe here because so many staff quit their jobs” traduzido por “ é difícil manter a segurança do doente porque muitos dos profissionais abandonam o seu emprego”, não foi compreendida por grande parte dos entrevistados. Alguns questionaram, se abandonar o emprego era sair por algum tempo durante o seu período de trabalho, foi explicado o que se pretendia e, por conseguinte, decidimos alterar para: “é difícil manter os doentes seguros porque muitos pretendem deixar este emprego “.

Após a análise, registo das alterações decorrentes da aplicação do pré-teste e reflexão por parte da investigadora e sua orientadora e concordância da mesma, emergiu a versão 05, versão definitiva do instrumento “ Questionário sobre a Segurança do Doente nas Unidades de Cuidados Continuados- Versão Portuguesa”- NHSPS- PT (quadro 3), (anexo 5).

Ficou assim concluído, o processo de adaptação cultural e linguístico do NHSPSC a qual foi utilizada na terceira fase do estudo, teste de validação / equivalência psicométrica.

Nursing Home Survey on Patient Safety Culture ,traduzido por: Questionário sobre Cultura de Segurança do doente em Unidades de Cuidados Continuados.

In this survey “resident safety” means preventing resident injuries, incidents, and harm to residents in the nursing home traduzido por: Neste questionário “Segurança do Doente” significa “ a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo “(DGS 2011 , p14).

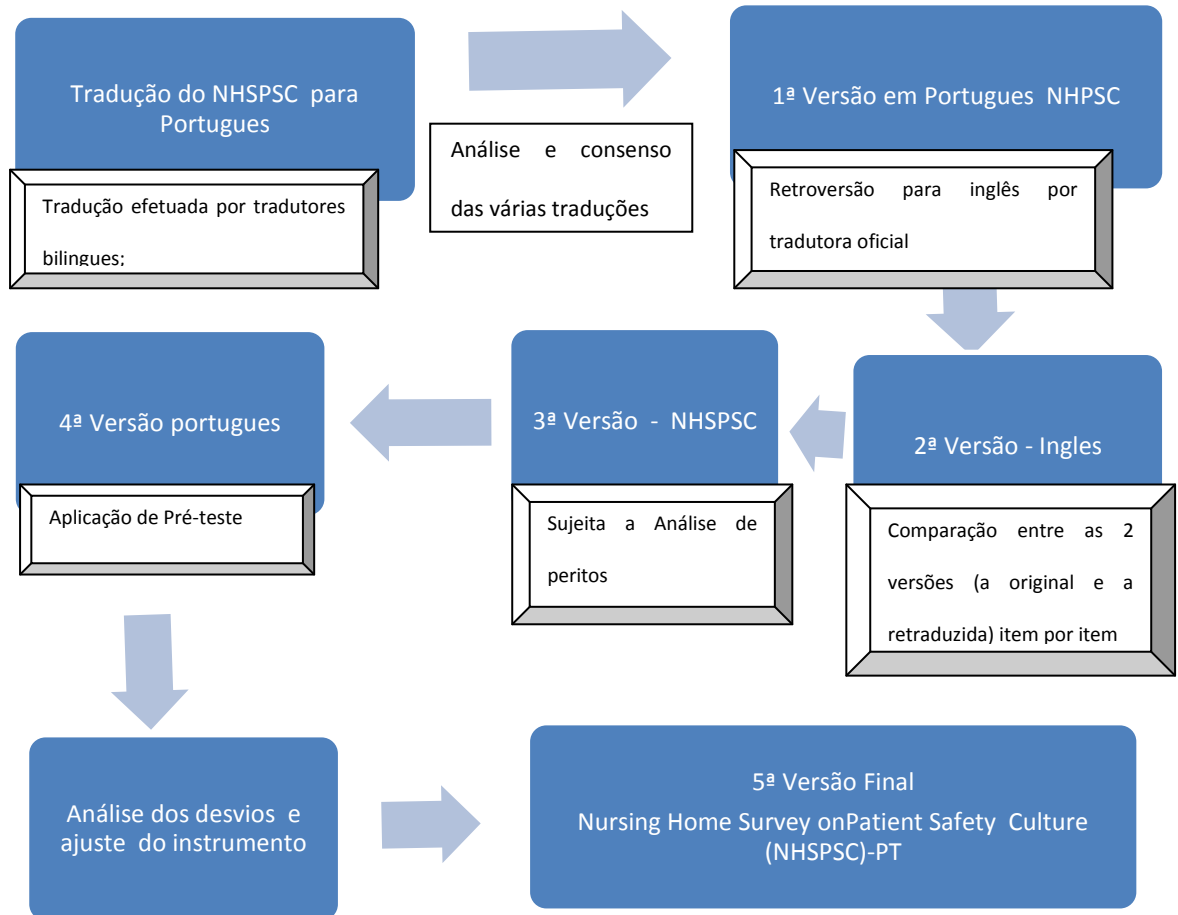
Quadro 3 - Versão 5 – Resultado da equivalência - Questionário sobre a Cultura de Segurança do doente nas Unidades de Cuidados Continuados Versão Portuguesa (NSHPSC-PT)

Dimensões	Itens	Tradução
- Teamwork - Trabalho de equipa	A1 – Staff in this nursing home treat each other with respect A2- Staff support one another in this Nursing Home A5 –Staff feel like they are part of a team A9 – When someone gets really busy in this nursing home ,other staff help out	A1 - Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito A2 - Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente A5 - Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa A9- Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros
- Staffing - Pessoal	A3 – We have enough staff to handle the workload A8- Staff have to hurry because they have too much work to do A16-Residents`needs are met during shift changes A 17-It is hard to keep residents safe here because so many staff quit their jobs	A3- Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho A8 – Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho A16 – As necessidades dos doentes são conhecidas nas mudanças de turno A17 -É difícil manter a segurança do doente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego
- Compliance With Procedures / - Comformidade com os Procedimentos	A4 –Staff follow standard procedures to care for residents A6-Staff use shortcuts to get their work done faster A14 – To make work easier ,staff often ignore procedures	A4 – Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados A6 – Os profissionais recorrem a “formas” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente A14 - Para facilitar o trabalho os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos
- Training & Skills - Formação e capacitação	A7 - Staff get the training they need in this nursing home A11 - Staff have enough training on how to handle difficult residents A13 - Staff understand the training they get in this nursing home	A7- Os profissionais têm formação que necessitam para trabalhar nesta unidade A11- Os profissionais têm formação suficiente para lidar com doentes difíceis A13 – Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta unidade
- Nonpunitive Response Mistakes/ - Resposta não punitiva aos erros	A10 – Staff are blamed when a resident is harmed A12 - Staff are afraid to report their mistakes A15 – Staff are treated fairly when they make mistakes A18 - Staff feel safe reporting their mistakes	A10 – Os profissionais são culpabilizados quando algum doente sofre um dano A12- Os profissionais têm medo de notificar os seus erros A15 – Os profissionais quando cometem erros, são tratados de forma justa A18- Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros
- Handoffs/ - Passagens de turno	B1- Staff are told what they need to know before taking care of a resident for the first time B2-Staff are told right away when there is a change in a resident`s care plan B3-We have all the information we need when residents are transferred from the hospital B10 – Staff are given all the information they need to care for residents	B1 – Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar do doente pela primeira vez B2- Os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do doente B3 – Recebemos todas as informações necessárias quando o doente vem transferido de um hospital

		B10 – Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do doente
- Feedback & communication about Incidents/ - Comunicação sobre incidentes	B4 – When staff report something that could harm a resident, someone takes care of it B5 - In This nursing home, we talk about ways to keep incidents from happening again B6 - Staff tell someone if they see something that might harm a resident B7 - Staff ideas suggestions are valued in this nursing home B8 - In this nursing home , we discuss ways to keep residents safe from harm	B4 – Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um doente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução. B5 – Nesta Unidade falamos sobre a forma de evitar que os incidentes aconteçam B6- Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao doente B7 – As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta unidade B8- Nesta Unidade discutimos formas de manter o doente livre de danos
- Communication Openess/ - Abertura á Comunicação	B9 - Staff opinions are ignored in this Nursing home B11 - It is easy for satfff to speak up about problems in this nursing Home	B9 – Nesta Unidade as opiniões dos profissionais são ignoradas B11- Os profissionais tem facilidade em falar sobre os problemas desta Unidade
- Supervisor Expectatitions & Actions Promoting Resident Safety/ - Expectativas do superior Hierárquico, promoção de Ações de segurança	C1 - My supervisor listens to staff ideas and suggestions about residente safety C2 – My Supervisor says a good word to staff who follow the right procedures C3 - My Supervisor pays attention to resident safety problems in this Nursing Home	C1- O meu superior Hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do doente C2 -O meu superior Hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos C3 - O meu superior Hierárquico presta atenção aos problemas de segurança nesta Unidade
- Overall Perception of Resident Safety/ - Percepção da Segurança Global dos doentes	D1-Residents are well cared for in the Nursing Home D6- This Nursing home does a good job keeping residents safety D8- This nursing home is a safe place For residents	D1 – Os doentes são bem cuidados nesta Unidade D6 – Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do doente D8 – Esta Unidade é um lugar seguro para o doente
- Management Support for Resident Safety/ - Apoio da Gestão para a Segurança do doente	D2 -Management asks staff how the nursing home can improve resident safety D7- Management listens to staff ideas and suggestions to improve resident safety D9- Management often walks around the nursing home to check on resident care	D2 – Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do doente D7 – Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente D9 – Os gestores visitam frequentemente a unidade para verificarem o modo como o doente é cuidado
- Organization Learning/ - Aprendizagem Organizacional	D3 – This nursing home lets the same mistakes happen again and again D4- It easy to make changes to improve resident Safety in this nursing home D5- This nursing home is always doing things to improve resident safety D10- When this nursing home makes changes to improve resident safety, it checks to see if the changes worked	D3 – Nesta Unidade permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes D4 – É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do doente D5- Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do doente D10- Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do doente, há a verificação da sua eficácia

Para uma melhor compreensão da estratégia utilizada, efetuamos um resumo que de uma forma esquemática, retrata o processo de adaptação cultural (Fig.4).

Figura 4 – Processo de Adaptação Transcultural do NHSPSC



Análise Psicométrica

A análise psicométrica é definida por Polit & Hungler (citada por Ferreira & Marques 1998) como aquela que compreende a avaliação da qualidade de um instrumento de medida, baseada na prova de fiabilidade e de validade.

Um processo de adaptação adequado, consiste num procedimento muito semelhante ao de construção (Ribeiro 2008). Neste sentido, “uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que é suposto a versão original ter sofrido” (Bradley 1994 citado por Ribeiro 2008, p.106).

Acresce que o facto de a investigação ser quantitativa “caracteriza-se*pela obtenção de resultados numéricos susceptíveis de serem generalizados a outras populações* (Fortin 2009, p.27).

Assim, a fim de avaliar as propriedades psicométricas: fiabilidade e validade de conteúdo e de critério, aplicámos o questionário a uma amostra de 226 funcionários. Este número, corrobora com a opinião da maioria dos autores, que afirmam que a amostra deve variar entre 100 a 300 elementos (Ribeiro 2008; Almeida & Freire 2008; Fortin 2009) e que reforça a opinião de Pestana & Gageiro (2005) já referido anteriormente.

A fiabilidade é um dos principais critérios de avaliação da qualidade e de adequação de uma medida (Duarte et al., 2003 citado por Ferreira & Anes (2010), e assenta na estabilidade da informação. É uma medida segundo a qual, o questionário nos dá resultados de forma consistente e precisa, quando as medições são efetuadas mais que uma vez e em situações comparáveis. Para tal, deverá ser avaliada em termos de reprodutibilidade e homogeneidade (Fortin 2009).

O grau de fiabilidade é exposto sob a forma de um coeficiente de correlação (r) e este varia numa escala de 0,00 (ausência de correlação) para 1,00 (correlação perfeita) (Fortin 2009). Deste modo, quanto mais se aproximar de 1,00 menos erros irá gerar, e maior será a consistência da escala.

Uma das principais técnicas para avaliar esta consistência, é o alfa de Cronbach que estima a consistência interna quando existem várias escolhas para estabelecer scores conforme as escalas tipo Likert, utilizadas no nosso estudo.

Esta técnica “ é encontrada com base nas médias das intercorrelações entre todos os itens do teste” (Ribeiro 2008, p.93), o que traduz a homogeneidade do conjunto dos enunciados, verificando-se que os itens interrelacionados medem de facto uma só característica. Para Fortin (2009), quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é o valor da consistência interna. Hill & Hill (2005) referem que uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80, embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número baixo de itens.

A fiabilidade do questionário NHSSPC-PT, foi também verificada através da sua reprodutibilidade com a aplicação do teste-reteste a dezasseis (16) funcionários, em dois momentos diferentes, com o intervalo de cerca de 2 semanas, tendo sido utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

Quanto à validade, só um instrumento válido terá aceitação científica, pois serão maiores as hipóteses desse instrumento refletir, com clareza, o conceito teórico que está a medir. Acresce que a validade é o garante que o teste mede aquilo que se propõe medir (Fortin 2009 p.353). Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade de constructo e validade critério (Ferreira 2011).

A validade de critério estabelece a comparação entre a medida proposta e outra medida (teste conhecido) que serve de critério e avalia a sensibilidade para o mesmo aspeto (Sousa 1999). Não foi realizada neste estudo, por desconhecermos a existência de outro instrumento que servisse de comparação.

Em relação à validade de conteúdo, pode-se entender como o grau em que os conteúdos medem aquilo que se pretende medir, devendo ter em consideração dois aspetos: que meça de facto aquilo para que foi construído e não reflita outras áreas que não se pretendiam medir (Ribeiro 2008). A validade do conteúdo está intimamente ligada à conceção do instrumento, logo, deve ser considerada durante a sua construção. Tal como descrito anteriormente, nesta investigação foi assegurada a validade de conteúdo através de um pré-teste e recorrendo-se a peritos na matéria e domínio a investigar.

Na validade de constructo usamos a análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax. Este tipo de validade é, por excelência, a procura da utilidade científica do instrumento. Através desta análise identificamos as

unidades funcionais (fatores) constituintes do questionário e o contributo de cada um para o resultado global, determinando os enunciados e o reagrupamento em torno dos fatores (Fortin 2009).

Os dados da análise psicométrica apresentam-se no capítulo dos resultados

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A fim de se proceder à validação e adaptação cultural e linguística do questionário NHSSC procedeu-se ao contacto com a agência AHRQ, a qual autorizou, demonstrando total disponibilidade para colaborar (anexo4).

Atendendo a que é necessário respeitar os princípios éticos, deontológicos e morais em todas as fases do processo de investigação, após concluído o processo de tradução, foi efetuado pedido formal à ECR da ARSLVT e, posteriormente, a cada uma das Unidades seleccionadas (anexo 2 e 3).

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido, permite decidir da participação numa Investigação (Fortin 2009), daí que, após a autorização das instituições e antes de iniciar o processo de colheita de dados, foram contactados os responsáveis de cada Unidade no sentido de explicar o verdadeiro objetivo da investigação, esclarecer dúvidas, e negociar o momento da entrega e da recolha do instrumento de colheita de dados.

Foi também solicitado aos responsáveis, que assegurassem que cada funcionário respondesse apenas uma vez ao questionário e que livremente aceitasse participar no mesmo.

Foi assegurada a natureza confidencial do instrumento de colheita de dados, garantindo o anonimato dos participantes pelo facto de serem tratados de forma anónima e não permitir qualquer ligação à identificação dos inquiridos (Fortin 2003, p.117).

Durante o processo de colheita de dados, foi assíduo o contacto do investigador com os responsáveis das Unidades, no sentido de esclarecer dúvidas. Verificou-se não ter existido dificuldades no preenchimento e interpretação das questões.

A colheita de dados decorreu entre julho e setembro de 2012.

2.5. TRATAMENTO DE DADOS

Os procedimentos estatísticos permitem que o investigador “resuma, organize, interprete e comunique informação numérica” (Polit & Hungler 2001,p.132).

Desta forma e após a colheita de dados procedeu-se ao tratamento da informação obtida, recorrendo a técnicas de análise estatística (Fortin 2009) com o apoio do programa de SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 20.

Seguindo as recomendações dos autores, foram excluídos os questionários que apresentavam todos os itens da mesma secção, com a mesma resposta; secção (b), (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.

Deste modo, após o levantamento dos questionários (226) foi realizada uma seleção prévia em que foram excluídos sete, ficando a nossa amostra constituída por 219.

Acresce que o inquérito apresenta itens negativamente formulados (A6, A8, A10, A12, A14, A17, e B9), pelo que, para sua análise, houve necessidade de recodificar esses mesmos itens. Foi excluído também o “não se aplica/não sabe”, que segundo os autores, é incluída para que se os indivíduos que não têm informação suficiente ou não sabem sobre o assunto, não forneçam uma resposta incorreta (AHRQ 2011).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos, realizando uma análise estatística dos mesmos, procedendo à sua discussão e comparação, tendo em conta a literatura consultada previamente.

3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados agrupados em dados sociodemográficos, profissionais e relativos à segurança.

Dados Sociodemográficos e Profissionais

Pela análise dos dados, verificamos que a amostra constituída por 219 funcionários, foi distribuída na sua maioria pelas UCCI pertencentes à ARSLVT, sendo que a maior percentagem dos inquiridos, pertence à Unidade de Mafra por ser esta a maior do país e da ARSLVT, com o maior número de camas e funcionários. Foi calculada a taxa de resposta por Unidade, apresentando resultados superiores, na sua globalidade (66,36%) ao estudo realizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados RNCCI (2010 p.11) sobre capital Humano, que apresentou uma taxa de resposta 58,21%. Os resultados são comparáveis ao estudo piloto realizado em 2008 nos EUA, em que a taxa média de resposta foi de 73%, (AHRQ 2008).

Tabela 3 - Caracterização da Amostra das Instituições envolvidas no estudo, e taxa de resposta

Instituição	Questionários entregues *	Questionários Recebidos	Taxa de resposta	Taxa de resposta do estudo UMCC*1
Santa Casa da Misericórdia Hospital Casimiro da Silva Marques – Bombarral-UC,UMDR,ULDM	61	30	49,18%	65,6%
Clínica Montepio Rainha Leonor Caldas –UC	53	53	100%	61,5%
Marinha Grande UMLDM	25	25	100%	-
L.Nostrum Mafra (UCP,ULDM,UC,UMDR)	150	90	60%	38%
Confraria Nossa Senhora da Nazaré –ULMD,UMDR	41	21	51,22%	46,3%
Total	330	219	66,36%	-

*- Questionários entregues de acordo com dados da Unidade de Missão -

*1- Fonte Unidade de Missão Cuidados Continuados (Estudo de caracterização do capital humano do pessoal da RNCCI -2010

Em relação ao grupo etário da nossa amostra a maior percentagem (35,6%) apresenta menos de 30 anos, seguida do grupo etário dos 30 a 34 anos com 16,4%. Estes resultados estão de acordo com estudos efetuados pela UMCCI em que indicam que os profissionais, na sua maioria são jovens.

Tabela 4 – Caracterização da amostra em relação ao grupo etário

Idades	Nº	%
Menos de 30 anos	78	35,6%
30 a 34 anos	36	16,4%
35 a 39 anos	16	7,3%
40 a 44 anos	25	11,4%
45 a 49 anos	25	11,4%
50 ou mais	34	15,5%
Total	214 *	97,7%
Não respostas (NR)	5	2,3%

A maioria dos funcionários inquiridos pertence ao sexo feminino (83,6%). Estes resultados estão de acordo com a maioria dos estudos desta área. Como exemplo, temos o estudo de Handler, Castel & Studenski (2006) sobre a avaliação de cultura de segurança em Nursing Home realizado em Pensilvânia onde 75% eram do sexo feminino. Num outro estudo desenvolvido pelas UCCI em Portugal em 2010 – Estudo de caracterização do Capital Humano do Pessoal da RNCCI, a maioria dos profissionais são do sexo feminino (85,4%) e, especificamente, nas Unidades pertencentes à ARSLVT, 84,7% também são do sexo feminino. (RNCCI 2010).

Tabela 5 – Caracterização da amostra em relação ao sexo

Sexo *	Feminino	Masculino
	83,6%	13,7%

*3 não indicaram o sexo

Relativamente às funções que cada um dos elementos da amostra desenvolve dentro da instituição, podemos constatar que a maioria são enfermeiros (30,1%), seguida de assistentes operacionais (24,2 %) e auxiliares de limpeza (11,1%). Também e mais uma vez é possível constatar que estes resultados estão em consonância com o estudo publicado pela RNCCI (2010 p.14) em que a profissão prevalente nas cinco regiões de

Portugal é a enfermagem (entre 26,8% e 33,2%), seguida de auxiliares de Ação Médica (21,2% a 27,7%) e, por último, os profissionais de limpeza com resultados entre 5 a 10%. Acresce que o estudo da AHRQ (2008) revela que os três principais cargos dos entrevistados são: Enfermeiros (33%), pessoal de apoio com 20%, e licenciados 17% e médicos com 1%.

Tabela 6 – Caracterização da amostra em relação ao grupo profissional

Profissão	N.º	%
Enfermeiro	65	29,7%
Assistente operacional	53	24,2%
Limpeza e manutenção	24	11,1%
Outras	24	11,1%
Fisioterapeuta	9	4,1%
Assistente Social	7	3,2%
Administrativa	7	3,2%
Medico	5	2,3%
Administrador /Diretor	5	2,3%
Terapeuta	5	2,3%
Animador Sociocultural	4	1,8%
Nutricionista	3	1,4%
Terapeuta da fala	3	1,4%
Rececionista	2	0,9%
NR	3	1,4

No que concerne ao número de anos a trabalhar na instituição, cerca de 57,2% trabalha entre os 3 a 5 anos. Este dado está de acordo com o início da existência deste tipo de Unidades desenvolvidas em novembro de 2006, com a criação da RNCCI. Só aproximadamente, 12,15% é que trabalha há mais de 6 anos, o que é explicado pelo facto de muitas destas Unidades terem sido “transformadas” de outras instituições, nomeadamente, Hospitais da Misericórdia ou Clínicas. No estudo das AHQR (2008) 41% trabalham há mais de 6 anos e 22% entre os 3 e 5 anos.

Tabela 7 - Caracterização da amostra em relação aos anos de exercício profissional

Anos de exercício profissional	Nº	%
Menos de 2 meses	8	3,7%
2 a 11 meses	20	9,1%
1 a 2 anos	38	17,4%
3 a 5 anos	123	56,2%
6 a 10 anos	26	11,9%
NR	4	1,8

Quanto ao número de horas de trabalho dedicado à instituição, verifica-se que a maioria (50,7%) trabalha entre 30 a 40 horas e uma pequena percentagem trabalha menos de 10 horas. Face a estes resultados, podemos concluir que as diversas Unidades apresentam perfis de horas adequadas de acordo com as orientações emanadas pela UMCCI-RNCCI, de modo a assegurar os cuidados necessários aos utentes no período de 24 horas.

Em relação à frequência com que trabalha, a maioria (86,7%), revela trabalhar mais frequentemente, durante o dia o que está de acordo com os grupos profissionais inquiridos. No estudo da AHRQ (2008) revela que 60% trabalha entre 25 a 40 horas semanais, e 73% trabalha mais durante o dia.

Tabela 8- Caracterização da amostra em relação as horas de trabalho semanal

Horas de trabalho	Nº	%
10 ou menos horas	11	5,0%
11 a 20 horas	18	8,2%
21 a 30 horas	5	2,3%
31 a 40 horas	109	49,8%
Mais de 40 horas	72	32,9%
NR	4	1,8%

É possível observar que a entidade empregadora da nossa amostra é na maioria (87,2%) da própria Unidade de Cuidados e apenas, 11,9% é paga por uma entidade externa. Mais uma vez, estes resultados estão em perfeita consonância com o estudo que temos vindo a referenciar RNCCI (2010), uma vez que aí, também mais de um terço possui um contrato com a própria instituição e uma percentagem menor, com prestação de serviços tal como, no estudo da AHRQ (2008) em que apenas 6% são pagos por agência externa.

Tabela 9 - Caracterização da amostra em relação a entidade empregadora

Entidade Empregadora	Nº	%
Unidade de Cuidados	191	87,2%
Empresa Externa	26	11,9%
NR	2	0,9

Pela análise da tabela 10, podemos verificar que a maioria dos inquiridos (74%) trabalha diretamente com o doente, uma vez que a maioria da nossa amostra são Enfermeiros e Assistentes Operacionais. No estudo piloto da AHRQ (2008) também 69% dos inquiridos indicaram que trabalhavam diretamente com os doentes.

Dos 74% que trabalham diretamente com o doente, dedicam mais tempo à enfermagem, 30,1% e 31,1% revela prestar cuidados nas diferentes áreas.

Tabela 10- Caracterização da amostra em relação ao trabalhar diretamente com o doente

A trabalhar diretamente com o doente	N.º	%
SIM	162	74%
NÃO	54	24,7%
NR	3	1,4%

Tabela 11 - Caracterização da amostra em relação à dedicação dos profissionais nas diferentes áreas

Onde dedica mais tempo	Nº	%
Diferentes áreas	68	31,1%
Unidade de demência	1	5%
Unidade de Reabilitação	45	20,5%
Enfermaria	66	30,1%
Outra	33	15,1%
NR	6	2,7%

Quanto à avaliação global da Unidade relacionada com a segurança, conforme se pode verificar, a maioria com 74,4% afirma que aconselharia aos seus amigos a Unidade onde exercem funções. Acresce que 44,8% e 28,8% da amostra consideram, respetivamente, a Unidade boa e Muito boa, e para 9,1% é mesmo excelente.

Estes resultados estão de acordo com a perceção que os utentes revelaram num inquérito à “Satisfação dos Utentes das unidades de Cuidados Continuados” promovido pela RNCC (2008) e realizado pelo ISCTE em Março 2008, em que 98% também não hesitaria em recomendar a Unidade a um amigo ou familiar, 96% dos utentes classificaram a Unidade de Boa ou Muito Boa.

Mais uma vez, no estudo piloto, também 81% dos entrevistados indicam que diriam aos seus amigos que a unidade é segura e 39% consideram-na muito boa (AHRQ 2008), o que é reforçado no banco de dados da AHRQ (2011) em que os valores são similares com 76% a afirmar que recomendariam a unidade, e 37% consideram a Unidade muito boa.

Tabela 12 - Caracterização da amostra em relação à Avaliação Global da Segurança Unidade

Avaliação Global das UCCI	Resposta	Nº	%
Unidade Segura	Sim	163	74,4%
	Talvez	50	23%
	Não	4	1,8%
	NR	2	0,9
Segurança do Doente	Fraca	3	1,4%
	Razoável	35	16%
	Boa	97	44,3%
	Muito Boa	63	28,8%
	Excelente	20	9,1%
	NR	1	0,5

3.2. NÍVEL DE SEGURANÇA DAS DIVERSAS UNIDADES

Para avaliarmos o nível de segurança da Unidade com base nas dimensões definidas anteriormente, pelo NHSPSC - PT, consideramos que, sendo o questionário constituído por 42 itens, em que o score mínimo é 42 e o score máximo é de 210; quanto maior for o valor obtido maior é o nível da percepção cultura de segurança, quanto menor for o valor obtido menor é a percepção que os profissionais têm da Cultura de segurança naquelas Unidades. Neste contexto podemos concluir que o nível de Cultura de segurança neste estudo se situa num nível razoável de segurança com um score de 142,83.

Para concretizarmos esta afirmação, analisámos as doze dimensões (tabela 13) do questionário, e constatamos que os níveis de segurança, de um modo geral, apresentam valores médios baixos, destacando-se no entanto, as dimensões: “*Feedaback e comunicação sobre incidentes*”, e “*percepção global da segurança*” com valores mais próximos dos valores máximos com score de 4,12, e score de 4,07, respetivamente.

Os piores resultados observam-se nas dimensões “*Pessoa*” e “*Resposta não punitiva aos erros*”, com valores mais distantes dos valores máximos (3,15) e (3,17).

Tabela 13- Caracterização da amostra em relação ao Nível de segurança, por dimensão da NHSPSC-PT

Nível de Segurança por Dimensão	Scores Médios	Desvio padrão	Score mínimo*	Score máximo*
Trabalho de equipa	3,7297	,76106	1,25	5,00
Pessoal	3,1515	,64669	1,75	4,50
Conformidade com procedimentos	3,6701	,54432	1,67	5,00
Formação e capacitação	3,5809	,73892	1,00	5,00
Resposta não punitiva aos erros	3,1747	,60446	1,25	4,75
Passagens de turno	3,7830	,79711	1,75	5,00
Feedback e comunicação sobre incidentes	4,1275	,62456	2,50	5,00
Abertura á comunicação	3,4372	,85434	1,00	5,00
Expectativas do superior hierárquico	3,6770	,76096	1,00	5,00
Perceção global da segurança	4,0742	,55422	2,33	5,00
Apoio da gestão para a segurança do doente	3,3704	,90854	1,00	5,00
Aprendizagem organizacional	3,5108	,65047	1,75	5,00

Quando realizamos uma análise em termos percentuais, relativamente às respostas positivas (tabela 14) podemos observar que, das doze dimensões, a dimensão *Feedback e Comunicação sobre incidentes* apresenta mais uma vez melhores resultados, com a maior taxa de respostas positivas. Este resultado corrobora com o banco de dados comparativo da AHRQ (2011) em que se observou ser esta a maior média positiva (84%) com a maior percentagem observada no item: "os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao doente". Tal como no nosso estudo, indica ser uma força para a maioria das "Nursing Home" e, neste caso, das UCCI estudadas.

Em ambos os estudos (AHRQ 2011 e o presente), também se pode observar que um dos itens com maior percentagem de respostas positivas é "Os doentes são bem cuidados nesta Unidade". Estes resultados refletem-se, na dimensão Perceção da Segurança Global dos Utentes, com resultados positivos de 86% e 73,5% respectivamente, o que está de

acordo com respostas anteriores já analisadas, como é o caso da opinião dos entrevistados quanto à Segurança da Unidade.

O mesmo se verifica em relação à dimensão *Pessoal*, como já analisando anteriormente, que apresenta um conjunto de respostas menos positivas, indicando que essa é uma área de potencial melhoria, nomeadamente no item: “ os profissionais têm que realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho”, ou seja uma percentagem de inquiridos discordou deste item.

Saliente-se o facto de nas dimensões Resposta não punitiva ao erro, e Abertura à comunicação, todos os itens respondidos positivamente, apresentaram médias inferiores a 50%, o que se observa também no estudo comparativo da (AHRQ 2011) que, embora com médias positivas, são ligeiramente acima, dos 50%. Para a AHRQ esta é uma dimensão considerada, de potencial melhoria.

Perante estes resultados, podemos constatar que, embora com valores ligeiramente mais baixos, a opinião dos nossos inquiridos são semelhantes aos estudos apresentados no banco de dados de 2011 e de 2008 (AHRQ 2011, AHRQ 2008), na medida em que as respostas mais positivas se situam nas mesmas dimensões, conforme de pode verificar na tabela 14, á exceção das dimensões 11 e 12 (apoio da gestão para a segurança do doente, e aprendizagem organizacional), onde se observam valores bastante inferiores.

Tabela 14 – Distribuição da amostra em relação às percentagens de respostas positivas por dimensão de segurança nos diversos estudos

<i>DIMENSÕES</i>	<i>ITEMS</i>	<i>PERCENTAGENS POSITIVAS (nosso estudo)</i>	<i>% POSITIVAS* 1 Estudo piloto 2008</i>	<i>% POSITIVAS* 2 Resultados 2011</i>
1.Trabalho de Equipa	A1,A2,A5,A9	73,90% ; 55,70%; 69%; 67,10%		
		66,425%	67%	64%
2.Pessoal	A3,A8,A16,A17	32%,12,30%; 56,3 ; 24,30%;		
		31,225%	48%	52%
3.Conformidade com os Procedimentos	A4, A6, A14	74,80% ;65,80%;51,20%;		
		63,9333%	67%	64%
4.Formação e capacitação	A7,A11,A13	.65,30%; 51,60%; 69,90% ;		
		62,2666%	72%	71%
5.Resposta não punitiva aos erros	A10,A12,A15,A8	24,60%;43,00%;45,70% ;46,10%		
		39,85%	55%	51%
6.Passagens de Turno	B1,B2,B3 e B10	63,00%;33,50%;38,30%; 64,80%		
		49,9%	63%	61%
7.Feedback e Comunicação sobre incidentes	B4,B5,B6,e B8	74,90%;75,30%;85,40%;64,80%		
		75,1%	85%	84%
8.Abertura à Comunicação	B7,B9,B11	41,10%;43,40%; 48,40%;		
		44,3%	58%	56%
9.Expectativas do Superior Hierárquico e Promoção de Ações de Segurança	C1, C2 C3	68,50%;46,10%; 69,40% ;		
		61,333%	81%	79%
10. Perceção da Segurança Global dos Doentes	D1,D6,D8	87,20% 53,00%;80,30%		
		73,5%	87%	86%
11. Apoio Da Gestão Para A Segurança Do Doente,	D2,D7,D9	47,90%; 53,00% ;45,20%		
		48,7%	81%	79%
12. Aprendizagem Organizacional	D3,D4,D5,D10	58,50% ; 48,80%; 52,50%;52,00%		
		52,95%	76%	72%

*1 AHRQ 2008

*2 AHRQ 2011

*Saliente-se que este item negativamente formulado, aquando do tratamento estatístico, houve necessidade de o recodificar para positivo, sendo a análise realizada nessa perspetiva (positiva).

Após esta análise, consideramos pertinente realizar uma análise descritiva dos dados de cada um dos quarenta e dois itens (42) constituintes do questionário. Para uma melhor e mais fácil interpretação, apresentamos os resultados por dimensão.

Relativamente à dimensão trabalho de equipa, conforme podemos constatar na tabela 15, na sua maioria, os inquiridos concordam com as afirmações.

Assim, no item A1 “...*Os profissionais relacionam-se com respeito*”, a grande maioria revela concordar (47,9%) ou concordar fortemente (26%). Face ao item A2 “...*Os profissionais apoiam-se mutuamente*” também uma grande percentagem concorda com a afirmação (52,5%). Estes dados corroboram com a opinião de Martine & Boeck (2002) em que o máximo de rendimento é atingido quando a equipa trabalha em harmonia. Cerca de 56,2% concordam com o item A5 “ *Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa*”, o que está de acordo, com a análise feita anteriormente, além de revelar que a maioria tem consciência que “*o treino em equipa não só contribui para a eficiência global, como garantirá ainda mais elevados padrões de segurança*” (Fragata 2006b,p.141). Cerca de 51,2% concordam que “*Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros*” (A9).Na realidade muitas das organizações dependem do capital humano, sendo fundamental a relação de interajuda, existente entre as pessoas, tomando consciência de que funcionam melhor “ *enquanto equipa*” (Fragata 2006b p.140).

Tabela 15 – Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão *Trabalho de Equipa*, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão Trabalho de Equipa	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
A 1 - Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito	5	2,3%	14	6,4%	37	16,9%	105	47,9%	57	26%
A 2 - Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente	5	2,3%	30	13,7%	38	17,4%	115	52,5%	29	13,2 %
A5 - Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa	5	2,3%	18	8,2%	39	17,8%	123	56,2%	28	12,8%
A9 - Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros	8	3,7%	22	10%	37	16,9%	112	51,1%	35	16%

Quanto à dimensão Pessoal e de acordo com a tabela 16, quando é colocada a questão (A3) "*Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho*" 32,4% (71) discorda da mesma. Por esta análise constata-se que uma parte é da opinião que não existe *staff* suficiente para a prestação de cuidados e a segurança poderá estar comprometida. Segundo Sousa, Uva, & Serranheira (2010), diversos fatores da situação de trabalho tal como a carga de trabalho, podem contribuir para a fadiga dos profissionais o que se irá repercutir na fiabilidade esperada e conseqüentemente na segurança do doente. Também Goleman (2005) se refere a um estudo, onde considera que esta condição leva ao acumular de exaustão e como conseqüência a má qualidade de trabalho.

Cerca de 35,6% (78) da amostra, discorda que (A8) "*os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho*", e 29,7%, discordam totalmente.

Quanto a este aspeto e na opinião de Fragata (2006, p.191), o *stress* excessivo pode condicionar o bom desempenho e predispor o erro, pelo que a gestão do *stress* deveria ser um tema a enquadrar nas organizações de saúde. Também Pascale & Gurses(2008) referem que a carga de trabalho poderá influenciar a decisão na prestação de cuidados, reduzir o tempo gasto na comunicação quer com o doente quer com os outros

profissionais e reduzir a atenção das equipas para funções críticas de segurança, pode criar condições para erros. Na nossa opinião, a comunicação assume um papel crucial na eficiência e segurança dos doentes, também os inquiridos partilham, da mesma sendo, que no item “*as necessidades são conhecidas nas mudanças de turno*” (A16), 50,7% concordam com esta afirmação. Num estudo revelado por Lingard 2004 (citado por Fragata 2006a,) em cerca de 50% das falhas de comunicação envolvem o momento ou ocasião errada, em 36% o conteúdo, em 24% o propósito e 21% na audiência.

O item “*difícil manter a segurança do doente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego*”, (A17) 33,3% concorda e 21% concordam fortemente. Estes resultados corroboram com a nossa amostra, maioria jovem. É transversal a opinião de que existe uma grande instabilidade no emprego, com condições contratuais precárias ou instáveis, principalmente, os jovens com contratos a termo certo ou de substituição. A este propósito, Martim e Boeck (2002) citado por Agostinho (2008), referem que a capacidade de rendimento e o número de erros cometidos aumenta, quando os trabalhadores receiam perder o emprego, sentindo que existe competitividade no emprego com colegas de trabalho, exercendo um efeito negativo na qualidade de cuidados prestados.

Tabela 16 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “ Pessoal”, que constitui o NHSPSC-PT

NHPSS-PT Dimensão Pessoal	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
A 3. Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho	39	17,8%	71	32,4%	31	4,2%	60	27,4%	10	4,6%
A8 .Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho	65	29,7%	78	35,6%	40	18,3%	23	10,5	4	1,8%
A 16..As necessidades dos doentes são conhecidas nas mudanças de turno	1	0,5%	9	4,1%	20	9,1%	111	50,7%	56	25,6 %
A 17 .É difícil manter a segurança do doente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego	3	1,4%	17	7,8%	46	21%	73	33,3 %	46	21%

Quando se colocam as questões relacionadas com o cumprimento de Procedimentos, de um modo geral verificamos que a maioria concorda com as afirmações, (tabela 17) relativamente ao item A4 “cumprem os protocolos..., 58,4% concordam e 16,4% concordam fortemente. Na realidade, a segurança dos doentes não pode ser comprometida, pelo que há um conjunto de medidas que devem ser instituídas. Esta abordagem baseia-se num conjunto de intervenções que segundo Pina et al. (2010), é um novo conceito – o conceito do “*bundle*” onde estão associadas a educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das práticas e informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais. O sucesso desta “teoria” assenta sobretudo numa estratégia que implica forte trabalho em equipa multidisciplinar. Quanto ao item A6* “ ...recorrem a formas que permitem executar o trabalho mais rapidamente, 53,9% concorda e 18,3% não concorda nem discorda. Quanto à afirmação “Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos”, (A14), verifica-se que novamente uma boa percentagens (41,6%) concordam com a afirmação. Estes resultados são preocupantes pois, se numa Organização de Saúde as atuações são em cadeia, em que o número de atores e de passos é enorme, a oportunidade de existirem falhas

também é enorme, pelo que “...*bastando um mau alinhamento*”, a cadeia poderá obter um mau resultado (Fragata 2006b,p.158).

Tabela 17 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “*Conformidade com os procedimentos*”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão Cumprimento dos procedimentos	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
A4 – Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados	1	0,5	9	4,1%	34	15,5 %	128	58,4%	36	16,4%
A6 – Os profissionais recorrem a “formas” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente	5	2,3%	15	6,8%	40	18,3%	118	53,9%	26	11,9%
A14 - Para facilitar o trabalho os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos	4	1,8%	40	18,3%	51	23,3%	91	41,6%	21	9,6%

A tabela 18, resume os resultados relativos à formação e capacitação, verificando-se que 47,9% concorda que tem “...*formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade*”(A7). Também em relação ao item: “...*têm formação para lidar com doentes difíceis*” (A11) 42% concordam. Fragata (2006a) é da opinião que a aprendizagem é o garante da evolução e é uma obrigação ética e moral da equipa ou organização, independentemente de este ser formal ou informal, estruturado ou não.

Quando é colocada a questão se “*os profissionais compreendem a formação que lhes é transmitida* (A13) “ uma grande percentagem 61,2% concorda. É inquestionável que a formação traz um conjunto de benefícios que potenciam a cultura de segurança pela adoção de práticas e rotinas. Neste contexto, Sousa, Uva, & Serranheira (2010), corroboram com esta opinião e consideram ser essencial que em Portugal se mobilizem esforços no sentido de desenvolver, recursos humanos, técnicos e financeiros a fim de construir e reforçar a capacidade de formação e investigação.

Tabela 18 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Formação e Capacitação” que constitui o NHSPSC-PT

Dimensão Formação e Capacitação	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
A7- Os profissionais têm formação que necessitam para trabalhar nesta unidade	7	3,2%	23	10,5%	40	18,3%	105	47,9%	38	17,4%
A11- Os profissionais têm formação suficiente para lidar com doentes difíceis	7	3,2%	47	21,5%	47	21,5%	92	42%	21	9,6%
A 13. Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta unidade	3	1,4%	11	5%	44	20,1%	134	61,2%	19	8,7%

Conforme se pode observar na tabela 19, a maioria dos inquiridos, 31,1% (68) não teve opinião, no entanto, 27,9% (61) referem discordar que *os profissionais são culpabilizados quando algum doente sofre um dano*”(A10). Neste sentido, refere a Ordem dos Enfermeiros (2010) , que comunicar os erros é o primeiro passo no processo de redução dos mesmos em que a reação comum é humilhar e castigar, no entanto, essa não é uma forma efetiva de evitar que o erro se repita. Desta forma e segundo Junior et al. (2010 p.44) ,”*deve ser substituída a cultura de culpa e punição, por uma cultura de vigilância e cooperação que facilite a implementação de sistemas de notificação e aprendizagem*”.

Quanto à questão A12, *“Os profissionais têm medo de notificar os seus erros “* uma percentagem de 39,3% concordam. Neste contexto, podemos considerar que a maioria da nossa amostra considera que terminologia utilizada sobre o erro é ainda muito negativa e acarreta uma carga depreciativa. No entanto, ao discordar (24,7%) com essa afirmação, leva a perceber que parte da amostra já apresenta uma cultura de risco em que os erros já começam a ser denunciados. A notificação do risco, segundo alguns autores, poderá ser compulsiva ou voluntária. Segundo Fragata (2006b), esta última

forma, implica a existência de uma cultura desculpabilizadora virada para a aprendizagem e não para a perseguição.

Na nossa amostra, 41,1% concordam com o item : *“Quando cometem erros são tratados de forma justa”* (A15), essa opinião sugere, tal como refere Fragata (2006b), quando acontecem erros é fundamental que se proceda a uma análise que vá à raiz do problema que James Reason denomina de Root Cause Analysis (RCA). Na nossa amostra 40,1% sentem-se *“seguros ao notificar os seus erros”*(A18).

Tabela 19 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão *“Resposta não Punitiva aos Erros”*, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão Resposta não Punitiva ao Erros	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
A10 – os profissionais são culpabilizados quando algum doente sofre um dano	10	4,6%	61	27,9%	68	31,1%	43	19,6%	11	5%
A12- Os profissionais têm medo de notificar os seus erros	7	3,2%	54	24,7%	51	23,3%	86	39,3%	8	3,7
A15 – Os profissionais quando cometem erros, são tratados de forma justa	8	3,7%	36	16,4%	60	27,4%	90	41,1%	10	4,6
A18 - os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros	3	1,4%	26	11,9%	64	29,2%	89	40,6%	12	5,5%

No que se refere ao item B1 *“..Recebem informação necessária antes de cuidar....pela primeira vez”* observamos (tabela 20) que a distribuição é muito equitativa entre a maioria das vezes(34,2%) ou mesmo sempre com 28,8% . O mesmo se verifica para a questão *“os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do doente (B2)”* em que, 32,4% diz ser informado sempre e 31,1% a maioria das vezes. Ambas as questões estão intimamente ligadas à comunicação. Santos et al.(2010) refere que falhas na comunicação a este nível pode conduzir à não continuidade de cuidados, a tratamentos ou procedimentos errados, inadequados ou

pouco eficazes, com potenciais efeitos negativos para o doente. Os mesmos autores acrescentam que existem estratégias que podem ajudar a melhorar estas capacidades como a comunicação inter pares e o envolvimento ativo do doente. A este propósito, segundo os mesmos autores citam um estudo realizado em 28 Hospitais Australianos onde se conclui que a comunicação era a principal responsável por eventos adversos e que problemas relacionados com a comunicação provocava duas vezes mais, mortes que a ineficiência clínica.

Quanto ao item *“recebemos todas as informações necessárias quando o doente vem transferido de um Hospital”* (B3), os inquiridos consideram que essa informação é transmitida às vezes (40,2 %) ou na maioria das vezes (20,5%). Os funcionários consideram que a maioria das vezes (37,4%) ou sempre (27,4%) (B10) *“aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do doente”*. Na realidade e tal como refere Santos et al. (2010) erros de comunicação na fase de recolha de informação podem pôr em causa o diagnóstico e a segurança do doente, pelo que é determinante uma boa colheita de informação e transmissão do que é relevante.

Tabela 20 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão *“Passagens de Turno”* que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão	Nunca		Raramente		Às vezes		Maioria das Vezes		Sempre	
Passagens de Turno										
B1 os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar do doente pela primeira vez	3	1,4%	19	8,7%	50	22,8%	75	34,2%	63	2,8%
B2- Os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do doente	1	0,5%	8	3,7%	59	26,9%	68	31,1%	71	32,4%
B3 – Recebemos todas as informações necessárias quando o doente vem transferido de um hospital	4	1,8%	28	12,8%	88	40,2%	45	20,5%	39	17,8%
B10 – Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do doente	1	0,5%	12	5,5%	50	22,8%	82	37,4%	60	27,4%

Analisando a tabela 21, no que respeita ao item são “desenvolvidas estratégias quando é notificado algo que possa causar dano a um doente,”(B4) bem como o facto de “falar sobre a forma de evitar que incidentes se repitam”,(B5) a nossa amostra revelou bons resultados respondendo a maioria das vezes e sempre com 31,5%, e 34,7%,respetivamente.

No que se refere ao item (B6) “os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao doente”, 51,6% (113) referem que sempre. Estes resultados estão de acordo com a opinião de Carneiro (2010, p.9) que considera, sob o ponto de vista organizacional que as soluções terão que ser globais em que todos devem ser envolvidos “com recursos especificamente alocados a estas tarefas e com processos de reporting e feedback permanentes “. Da nossa amostra, 38,8% dos inquiridos referem que a maioria das vezes “ discutimos formas de manter o doente livre de danos”, (B8) sendo que 26% revelou ser sempre. Estes resultados, estão de acordo com a opinião de Fragata (2006a) ao referir que “...as instituições seguras são as que recusam o conceito de infalibilidade e estão preparadas para analisar os seus próprios erros, numa perspetiva de sistema “.

Tabela 21 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Feedback e comunicação sobre incidentes” que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC- PT Dimensão	Nunca		Raramente		Às vezes		Maioria das Vezes		Sempre	
B4 – Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um doente ,são desenvolvidas estratégias para a sua resolução	1	0,5%	3	1,4%	38	17,4%	95	43,4%	69	31,5%
B5 -Nesta Unidade falamos de sobre a forma de evitar que os incidentes aconteçam			8	3,7%	35	16 %	89	40,6%	76	34,7%
B6- Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao doente			1	0,5%	25	11,4%	74	33,8%	113	51,6%
B8 - nesta Unidade discutimos formas de manter o doente livre de danos			11	5%	51	23,3%	85	38,8%	57	26%

No âmbito da dimensão “Abertura à Comunicação” conforme a tabela 22, constatamos que no item (B7) “as ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade”, são valorizadas às vezes (40,2%) ou, na maioria das vezes, (27,4%). Na realidade só existe competência profissional, quando a criatividade e os conhecimentos técnicos de cada elemento da equipa são partilhados (Fragata 2006b).

Em relação ao item” (B9)as opiniões dos profissionais são ignoradas”, existe uma percentagem considerável 32%(70) que são da opinião que às vezes são ignoradas e com 29,7% a afirmar que a maioria das vezes. Estes resultados não estão de acordo com a nossa pesquisa, pois é indiscutível que o bom desempenho de uma organização depende da concentração de esforços, em que é necessário uma atmosfera de cooperação (Fragata 2006).

Também se pode verificar que “ os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas da Unidade “, (B11) 28,8 % a referem que às vezes, 25,1% quase sempre e 23,3% sempre. A comunicação nas equipas é essencial para fomentar a segurança, sendo fundamental para a *performance* da instituição, é o elo que cimenta o relacionamento em equipa (Fragata 2006 b).

Tabela 22 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Abertura à Comunicação”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão Comunicação	Nunca	Raramente	Às vezes	Majoria das vezes	Sempre
B7 -As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta unidade	7 3,2%	25 11,4%	88 40,2%	60 27,4%	30 13,7%
B9 – Nesta Unidade as opiniões dos profissionais são ignoradas	7 3,2%	31 14,2%	70 32%	65 29,7%	30 13,7%
B11 - os profissionais tem facilidade em falar sobre os problemas desta Unidade	7 3,2%	28 12,8%	63 28,8%	55 25,1%	51 23,3%

Nos itens relacionados com a percepção que os profissionais têm acerca do superior hierárquico, (tabela 23) nomeadamente, em relação ao item C1”...ouve ideias e

sugestões”, 55,3% concorda e 13,2% concorda fortemente; no item C2”Elogia os profissionais” , apenas 36,1% concorda, 25,6% não concorda nem discorda; por último no item C3 “..Presta atenção a problemas de segurança do doente nesta unidade” 53,9% diz concordar (tabela 23). Estes resultados refletem um certo envolvimento de todos, o que pressupõe a existência de uma atitude organizacional dominante, face às pessoas de modo a estarem motivadas a implementar mudanças para a melhoria de processos.

A ênfase colocada nas competências atribuídas ao superior hierárquico, favorece a tomada de consciência, a reflexão e a tomada de decisão, uma vez que com o envolvimento de todos, serão maximizadas e facilitadas as informações e os instrumentos e que aumentem a segurança do doente indo ao encontro do modelo de *empowerment*. O empowerment é, ter poder e produzir poder, é ser positivo e proactivo assim como democrático, na medida em que pretende redistribuir poderes, fazer com que as pessoas se sintam mais poderosas, o que “potencia o trabalho de equipa” (Carapeto & Fonseca 2006,p.141) Neste sentido e atendendo aos resultados, estes estão em consonância com o que é preconizado por Carapeto & Fonseca (2006) em que a liderança deve desenvolver, continuamente, atividades que criem nos membros da organização, sentimentos de lealdade estabelecendo processos de comunicação bidirecional que estimulem e criem um clima de confiança, conduzindo-as para a qualidade.

Tabela 23 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Expectativas do superior Hierárquico”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Expectativas do superior Hierárquico	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
C1 O meu superior Hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do doente	1	0,5%	22	10%	25	11,4%	121	55,3%	29	13,2%
C2 O meu superior Hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos	8	3,7%	35	16%	56	25,6%	79	36,1%	22	10%
C3 O meu superior Hierárquico presta atenção aos problemas de segurança nesta Unidade	4	1,8%	3	1,4%	43	19,6%	118	53,9%	34	15,5%

No que se refere aos itens da secção D relacionados com a dimensão, percepção da segurança do doente (tabela 24), verifica-se que nos itens D1 “**os doentes são bem cuidados nesta unidade**”, D6 “...Realiza um bom trabalho para manter a segurança do doente e D8 “*esta Unidade é um lugar seguro*”, observa-se que 45,2%, 45,2 % e 58,4% respetivamente concordam com esta afirmação. Uma percentagem significativa, (42%) concorda fortemente que os doentes são bem cuidados na Unidade. Perante estes resultados, referimos a opinião de Carapeto & Fonseca (2006) que afirmam ser necessário implementar processos, responsabilidades dos procedimentos, reorganização da estrutura e dos recursos, para a gestão da qualidade total. Neste contexto, também no estudo realizado em 2008 nas UCCI pela Unidade de missão, os utentes também consideraram os cuidados de saúde bons (65,7%) ou muito bons (28,4%).

Tabela 24 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “*Percepção Global da Segurança*”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Percepção Global da Segurança	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
D1 – Os doentes são bem cuidados nesta Unidade		2 0,9%	24 11%	99 45,2%	92 42%
D6 – Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do doente	1 0,5%	8 3,7%	40 18,3%	136 62,1%	31 14,2%
D8 – Esta Unidade é um lugar seguro para o doente	1 0,5%	3 1,4%	36 16,4%	128 58,4%	48 21,9%

Pela análise da dimensão “Apoio da gestão para a segurança do doente” (tabela 25) nos itens: D2 “Gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do doente”, D7 “...ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente” e D9 “os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o doente é cuidado”, constatamos que todos os itens apresentam percentagem superiores na avaliação de concordo com 39,7%, 42,5% e 34,7%, respetivamente. Estes

resultados estão em concordância com as diretrizes emanadas pelo Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados, em que a recomendação é que os cuidados sejam focalizados no cliente, salientando que devam promover de um modo contínuo, a identificação e compreensão das necessidades do doente, de forma a satisfazê-lo e se possível excedê-las.

De acordo com a literatura consultada, existem estudos que avaliam atitudes e percepções que são realizados através de questionários, entrevistas, grupos focais ou outras técnicas. Esta avaliação fornece informação que, para Cooper 2000 (citado por Carvalho 2011,p-33), pode e deve ser reforçada e completada *por” meio de observação direta, avaliação retrospectiva do risco, procedimentos operacionais padrões e discussões em grupo”* .

Tabela 25 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Apoio da Gestão para a Segurança do doente”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Apoio da Gestão para a Segurança do doente	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
D2 – Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do doente	15	6,8%	26	11,9%	54	24,7%	87	39,7%	18	8,2%
D7 – os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	7	3,2%	27	12,3%	51	23,3%	93	42,5%	23	10,5%
D9 os gestores visitam frequentemente a unidade para verificarem o modo como o doente é cuidado	13	5,9%	37	16,9%	54	24,7%	76	34,7%	23	10,5%

Por último e relacionada com a dimensão Aprendizagem Organizacional (tabela 26) *todos os itens D3” ..Permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes, D4 “...mudanças para melhorar a segurança, D5.. ..Constantemente a tomar medidas para melhorar...,D10”..Implementa alteraçõeshá a verificação da sua eficácia, apresentam 45,7%, 42,9%, 45,2% e 43,8% respetivamente na avaliação de concordo. Verificamos também que alguns autores partilham desta opinião, uma vez que consideram que a prestação de cuidados é segura através de medidas simples como sejam: medir a*

frequência dos danos, avaliar se os cuidados prestados são apropriados, verificar a existência de mudança de prática após aprendizagem e, por fim, analisar melhorias da cultura de segurança (Sousa, Uva, & Serranheira 2010).

Tabela 26 - Distribuição das Respostas da amostra face à Dimensão “Aprendizagem Organizacional”, que constitui o NHSPSC-PT

NHSPSC-PT Dimensão : “Aprendizagem Organizacional”,	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo Nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
D3 – Nesta Unidade permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes	1	0,5%	22	10%	56	25,6%	100	45,7%	28	12,8%
D4 - é fácil fazer mudanças nesta Unidade , para melhorar a segurança do doente	3	1,4%	29	13,2%	65	29,7%	94	42,9%	13	5,9%
D5 Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do doente	2	0,9%	23	10,5%	69	31,5%	99	45,2%	16	7,3%
D10 Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do doente, há a verificação da sua eficácia	4	1,8%	19	8,7%	59	26,9%	96	43,8%	18	8,2%

3.3. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO NHSPSC-PT

3.3.1. Fiabilidade

A fiabilidade refere-se à precisão e constância das medidas encontradas com a ajuda de um instrumento. Considera-se um instrumento fiel se este medir de uma vez para a outra um mesmo objeto de uma forma constante “noção de reprodutibilidade “(Fortin 2009,p.348, Ferreira & Marques 1998).

Deste modo, e partindo dos quarenta e dois (42) itens, da versão original, procedeu-se à análise do estudo de fiabilidade, determinando a consistência interna de Alfa de Cronbach.

De acordo com o que foi realizado pelos autores, começamos por determinar o coeficiente para cada uma das dimensões.

Constatamos, que de um modo geral os coeficientes são um pouco inferiores aos observados pelos autores do NHSPS (tabela27), sendo que duas das dimensões, apresentam um coeficiente de fidelidade de alfa de Cronbach muito baixo, 0,205 para a dimensão *Compliance With Procedures / Conformidade com os Procedimentos*, e 0,492 para *Nonpunitive Response Mistakes/Resposta não punitiva aos erros*. Saliente-se que, no instrumento original estas são também, duas das dimensões que apresentam o alfa de Cronbach mais baixo. Relativamente às restantes dimensões, os valores de alfa são considerados muito bons, em ambos os estudos (no estudo piloto e no presente estudo). Apenas uma das dimensões apresenta um valor superior ao do estudo piloto “Apoio da gestão para a segurança do doente”.

Tabela 27 - Valores de coeficiente de fiabilidade –Alpha de Cronbach para cada dimensão

<i>Dimensões</i>	<i>Nº de Itens</i>	<i>Alfa original *</i>	<i>Alfa Cronbach encontrado</i>
Teamwork / Trabalho de equipa	4	0,86	0,824
Staffing / Pessoal	4	0,71	0,508
Compliance With Procedures /Conformidade com os procedimentos	3	0,73	0,205
Training & Skills/ Formação e capacitação	3	0,76	0,692
Nonpunitive Response Mistakes /Resposta não punitiva aos erros	4	0,74	0,492
Handoffs / Passagens de Turno	4	0,86	0,847
Feedback & communication about Incidents/ Feedback e Comunicação sobre Incidentes	4	0,85	0,792
Comunication Openess /Abertura á comunicação	3	0,84	0,754
Supervisor Expectatitons & Actions Promoting Resident Safety /Expectativas do superior hierárquico e promoção de ações de segurança	2	0,81	0,812
Overall Perception of Resident Safety/ Perceção da Segurança Global dos doentes	3	0,86	0,730
Management Support for Resident Safety/ Apoio da gestão para a segurança do doente,	2	0,83	0,842
Organization Learning/ Aprendizagem organizacional	4	0,81	0,762

*Alfa de Cronbach do NHSPSC (AHRQ 2008)

Deste modo, e considerando que pelo menos duas das dimensões apresentam valores abaixo de 0,60, entendemos como opção metodológica determinar os valores dos coeficientes de fidelidade para os 42 itens da escala.

Obtivemos assim um alfa estandardizado de 0,947, embora o item A6* e A14, apresente uma correlação com o total da escala, inferior a 0,200. (ver anexo 7).

Considerando que os itens devem apresentar uma correlação com o total da escala superior a 0,200 (Almeida & Freire,2008), voltamos a determinar novos coeficientes, mas apenas sem o item A6 *“Os profissionais recorrem a “formas” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente”*. Observamos que com este novo procedimento o alfa estandardizado aumentou para 0,949 o que é significativamente melhor que o anterior (anexo 8).

No entanto o item A14 *“Para facilitar o trabalho os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos”*, continuava a apresentar um valor inferior a 0,200, pelo que decidimos excluír. Determinamos novo coeficiente, tendo-se obtido um valor de alfa de 0,950, ficando o questionário assim constituído por 40 itens.

O instrumento assume, assim um valor de consistência interna para o total dos itens de 0,950 sendo assim, considerado *“altamente fiel”*, gerando poucos erros (Fortin 2009).

Na tabela 28,é possível verificar a correlação existente entre todos os itens e o total da escala, e qual o comportamento do alfa de Cronbach (se diminui ou aumenta) quando o item é excluído. Podemos constatar que a presença de todos os itens melhora a fiabilidade da escala, excepto os itens A10, A12 e A17, que se fossem excluídos poderiam melhorar a fiabilidade. Contudo mantendo a metodologia anterior (relação com o total do instrumento, superior a 0,200), por consideramos estes três itens com particular importância conceptual, e por ser a primeira vez que este instrumento está ser utilizado, optámos por não os excluir.

Tabela 28 - Valores de coeficiente de fiabilidade – Alpha de Cronbach para cada um dos 40 itens

NHSPSC-PT	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1. Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito	0,559	0,949
A2. Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente	0,565	0,949
A3. Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho	0,638	0,948
A4. Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados	0,500	0,949
A5. Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa	0,508	0,949
A7. Os profissionais têm formação que necessitam para trabalhar nesta unidade	0,574	0,949
A8. Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho	0,390	0,950
A9. Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros	0,550	0,949
A10. Os profissionais são culpabilizados quando algum doente sofre um dano	0,205	0,951
A11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com doentes difíceis	0,605	0,949
A12. Os profissionais têm medo de notificar os seus erros	0,286	0,951
A13. Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada nesta unidade	0,487	0,949
A15. Os profissionais quando cometem erros, são tratados de forma justa	0,448	0,950
A16. As necessidades dos doentes são conhecidas nas mudanças de turno	0,481	0,949
A17. É difícil manter a segurança do doente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego	0,233	0,951
A18. Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros	0,504	0,949
B1. Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar do doente pela primeira vez	0,634	0,948
B2. Os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do doente	0,624	0,948
B3. Recebemos todas as informações necessárias quando o doente vem transferido de um hospital	0,579	0,949
B4. Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um doente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução	0,649	0,948
B5. Nesta Unidade falamos de sobre a forma de evitar que os incidentes aconteçam	0,571	0,949
B6. Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao doente	0,418	0,950

B7 .As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta unidade	0,753	0,947
B8 .Nesta Unidade discutimos formas de manter o doente livre de danos	0,553	0,949
B9 .Nesta Unidade as opiniões dos profissionais são ignoradas	0,588	0,949
B10 .Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do doente	0,709	0,948
B11 Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas desta Unidade	0,658	0,948
C1. O meu superior Hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do doente	0,624	0,948
C2.O meu superior Hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos	0,641	0,948
C3.O meu superior Hierárquico presta atenção aos problemas de segurança nesta Unidade	0,591	0,949
D1. Os doentes são bem cuidados nesta Unidade	0,489	0,949
D2 .Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do doente	0,597	0,949
D3. Nesta Unidade permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes	0,390	0,950
D4. É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do doente	0,613	0,948
D5 .Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do doente	0,695	0,948
D6 .Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do doente	0,727	0,948
D7 .os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	0,729	0,948
D8 .Esta Unidade é um lugar seguro para o doente	0,631	0,949
D9 .os gestores visitam frequentemente a unidade para verificarem o modo como o doente é cuidado	0,657	0,948
D10. Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do doente, há a verificação da sua eficácia	0,696	0,948
Cronbach's Alpha	0,950	
Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	0,951	
N of Items	40	

Para a fiabilidade foi também, testado o poder de reprodutibilidade do questionário, utilizando a técnica do teste-reteste. O instrumento foi aplicado a 16 funcionários pertencentes à Unidade de Cuidados Continuados da Marinha Grande que responderam duas vezes ao questionário, com um intervalo de 2 semanas.

Conforme se pode observar no quadro 3 a estimativa foi determinada através da correlação do coeficiente de r de Pearson, que apresenta um valor de 0,799 (anexo 9)

Este valor é aceitável para comparação de grupos (Ferreira e Marques 1988), pelo que mais uma vez podemos afirmar que o questionário, NHSPSC-PT, apresenta boa coerência interna ou fiabilidade.

Quadro 4- Correlação de Pearson – teste-reteste

Correlação de Pearson	Score resultante dos 42 itens respondidos	Score resultante dos 42 itens respondidos
Momento 1	.....	0,799
Momento 2	0,799	.....

3.3.2. Validade

Tal como referido em capítulos anteriores existem três tipos de validade: validade de conteúdo, validade critério e validade de constructo (Ferreira 2011). Estes variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o objetivo do investigador.

A validade do conteúdo foi assegurada tal como já foi descrito anteriormente, através de um pré-teste e recorrendo a peritos na matéria e domínio a investigar.

Na validade de constructo, pretende-se procurar a utilidade científica do instrumento.

Para analisar esta validade recorreu-se à análise fatorial. A análise fatorial consiste em identificar as unidades funcionais, que constituem o questionário e o contributo de cada um para o resultado global, ou para determinar se estes se agrupam em torno de um ou mais fatores (Fortin,2009), o que irá possibilitar a confirmação dos constructos do plano teórico.

Acréscimo que *“A carga fatorial de um item ou de um fator; traduz em que medida esse item representa comportamentalmente um dado traço latente (validade), ou seja, a percentagem de covariância existente entre esse item e o respetivo fator”*(Almeida &Freire 2008 p.199).

Inicialmente, realizámos a análise fatorial tendo por base as doze dimensões e os 42 itens como no instrumento original. Com eingvalue de 1, observamos que explicava 66,445% da variância com uma matriz de 9 fatores. Ao analisarmos a contribuição de cada item

para os fatores, constatámos que para dois dos fatores (fator 8 e 9) apenas um item contribuía (anexo 10). Assim forçámos com *eingvalue* de 12 (número das dimensões do questionário original), que explicava 72,959% da variância, no entanto, quando analisadas os doze fatores, os itens apenas contribuía para explicar três, e a convergência Varimax não era possível realizar (anexo 11).

Perante estes resultados, abandonámos esta análise e, respeitando a metodologia utilizada anteriormente, utilizámos os 40 itens, incluindo-os na análise fatorial, com o *eingvalue* de 1. Estatisticamente é igualmente satisfatório e teoricamente parece-nos uma boa solução como iremos constatar de seguida.

Determinando o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett's, a fim de aferir a qualidade das correlações, verificámos que o Kaiser-Meyer-Olkin, apresentou um valor de 0,878, o que indica, existir uma correlação muito boa entre as varáveis do NSHPSC – PT, pelo que a análise de componentes principais pode ser realizada (Pestana & Gageiro 2005).

O teste de esfericidade com uma *p* igual a 0.000 indica que há uma probabilidade de 0,000 dos resultados serem devido ao acaso, o revela um nível de significância, que será determinada através da análise fatorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax.

Pela análise efetuada, obtivemos melhores* resultados com uma matriz de 8 fatores que explicam 65,375% da variância do fenómeno em estudo. (anexo 12). Após os resultados obtidos e analisada a matriz fatorial, com oito fatores foram criadas oito dimensões, que mostram os coeficientes ou pesos (*loadings*) que correlacionam os itens com o fator (quadro 5).

* Foi novamente forçada com o *eingvalue* de 12, que explicava melhor a variância, no entanto os itens concentravam-se em três fatores sendo na sua maioria no factor 1, e não permite realizar a rotação varimax.

Quadro 5 – Coeficiente da Análise fatorial com rotação ortogonal pelo método varimax

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8
B7	,429	,380	,075	,371	,325	,177	,095	,211
B9	,405	,387	,002	,364	-,020	,096	,203	,240
C3	,540	,241	,204	-,073	,419	,093	-,004	-,044
D2	,646	,204	-,022	,328	,107	,234	-,139	-,086
D4	,624	,182	,180	,111	,207	-,035	-,020	,275
D5	,805	,218	,113	,125	,182	,000	,026	,096
D6	,757	,257	,196	,086	,143	,119	,141	,038
D7	,746	,181	,125	,244	,322	,025	-,026	,056
D8	,688	,235	,293	,014	,030	,077	,255	-,078
D9	,666	,081	,046	,249	,180	,325	,014	,081
D10	,645	,200	,101	,146	,208	,248	,038	,169
B1	,196	,481	,241	,149	,166	,414	-,109	,308
B2	,304	,638	,297	,086	,136	-,054	,020	,213
B3	,366	,474	,176	,146	,288	-,052	-,249	,223
B4	,231	,715	,231	-,042	,204	,160	,185	,110
B5	,254	,707	,059	,096	,085	,268	,143	-,190
B6	,085	,666	,189	,116	,049	-,130	,322	-,161
B8	,219	,701	-,088	,233	,093	,190	-,020	,095
B10	,401	,578	,172	,079	,212	,269	-,087	,185
A4	,153	,103	,514	,058	,246	,263	,197	,077
A5	,215	,143	,609	,387	,180	-,180	,129	-,074
A13	,294	,024	,599	,248	-,002	,143	,052	,029
A16	,113	,253	,658	,236	-,099	,177	,208	-,070
A18	,099	,155	,677	,067	,191	,210	-,024	,216
A1	,152	,102	,273	,779	,178	,087	-,016	,113
A2	,152	,216	,271	,750	,145	,126	-,100	,000
A9	,359	,073	,191	,598	-,021	,225	,145	-,023
A3	,297	,081	-,004	,465	,554	,313	,157	,010
A8	,329	-,061	-,254	,191	,606	-,004	,316	,105
B11	,331	,309	,152	,094	,557	,125	,168	,122
C1	,339	,273	,247	,047	,686	,025	-,057	,015
C2	,382	,230	,242	,127	,571	,161	-,107	,012
A7	,282	,103	,232	,160	,054	,684	,221	,094
A11	,392	,291	,132	,143	,028	,608	-,034	,087
A15	-,062	,120	,280	,230	,374	,590	,125	-,126
A17	-,146	,142	,108	-,048	,277	,099	,581	,278
D1	,085	,224	,386	,362	,052	,059	,559	-,040
D3	,318	,104	,190	-,158	-,096	,244	,544	,326
A10	,087	,090	-,040	-,041	,047	,096	,023	,702
A12	,101	-,016	,155	,184	,027	-,084	,341	,635

Decorrente desta análise, e considerando as doze dimensões do instrumento original, os fatores que a constituem, bem como os constructos teóricos que estão na base da cultura de segurança do doente, definimos as oito dimensões decorrentes dos oito fatores:

O Fator 1 foi denominado Dimensão da Aprendizagem organizacional, Abertura à Comunicação, Apoio da gestão para a Segurança, explica 16,155% da variância total e estão incluídos 11 itens B7, B9, C3, D2, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10. Diz respeito à comunicação eficaz existente inter, intraequipas, e com o gestor de topo, no sentido de perceber se existem ações e/ou sensibilidade para efetivar mudanças no sentido de melhorar a segurança.

O Fator 2 intitulado Dimensão da Comunicação, sobre incidentes/ feedback /Passagens de turnos explica 27,235 % da variância total, inclui 8 itens relacionados B1,B2,B3,B4,B5,B6,B8,B10; todos relacionados com a importância da comunicação/informação (com todos os elementos da equipa) inclusive dos erros praticados a fim de se discutir formas de os evitar.

O Fator 3 corresponde à Dimensão: Conformidade com os procedimentos, explica 35,239% da variância total, e integra os 5 itens A4,A5,A13,A16,A18, que estão relacionados com a existência de sistemas ou processos que permitam evitar danos

O Fator 4 intitulado Dimensão do Trabalho de Equipa explica 42,912 da variância total, e é constituído por 3 itens (A1,A2,A9) que estão, relacionados com o espírito de equipa (tal como no original), e com o bom funcionamento das mesmas, que tem por base respeito e o espírito de interajuda.

O fator 5, definido como a dimensão das : Expectativas do superior hierárquico e promoção de ações de segurança, explica 50,443% da variância total, e nele estão incluídos 5 itens B11,C1,C2;A3,A8. Os itens estão, na globalidade focalizados nas características do gestor como líder proactivo, em que estão também incluídas perguntas relacionadas com a otimização de dotações seguras

O Fator 6 corresponde à Formação e Capacitação com 56,387% da variância total, constam desta dimensão 3 itens e estão relacionados (A7,A11,A15). Tal como no original esta dimensão é constituída por um conjunto de itens que proporciona avaliar se na instituição é desenvolvida formação a fim de melhorar e aprofundar os conhecimentos dos funcionários.

Fator (7) Pessoal, explica 60,957% da variância total, onde constam 3 itens A17,D1,D3, sendo que esta dimensão está relacionada com o modo como se tratam os doentes e se as equipas deixam o seu emprego facilmente, a opinião sobre a segurança do doente se as mudanças se realizam e são monitorizadas.

Fator (8) Resposta não punitiva ao Erro explica 65,375 % da variância total e nela constam 2 itens que estão relacionados o A10 e A12, tal como no original e mais uma vez se pode constatar itens, relacionar-se com um ambiente livre de culpa, em que se fomenta o transmitir e falar sobre os erros como forma de melhorar a segurança.

Assim propomos que o instrumento NHSPS- PT seja renumerado, apresentando a Secção A- com os itens de A1 a A16, e as dimensões redefinidas, conforme tabela 18.

Tabela 29 – Proposta de Solução de Redefinição das Dimensões para o NHSPSC - PT

Dimensão/ Fator	Itens Incluídos	% de variância total explicada
Aprendizagem Organizacional, Abertura à Comunicação, Apoio da gestão para a Segurança	B7,B9,C3,D2,D4,D5,D6, D7,D8,D9,D10.	16,155%
Comunicação,sobre incidentes/feedback/Passagens de turnos	B1,B2,B3,B4,B5,B6,B8,B10	27,235 %
Conformidade com os procedimentos	A4,A5,A13,A16,A18	35,239%
Trabalho de Equipa	A1,A2,A9	42,912%
Expectativas do superior hierárquico e promoção de ações de segurança,	B11,C1,C2;A3,A8.	50,443%
Formação e Capacitação	A7,A11,A15	56,387%
Pessoal	A17,D1,D3	60,957%
Resposta não punitiva ao Erro	A10 e A12	65,375

CONCLUSÃO

Finalizado este estudo, é lugar para se efetuar uma sumula de todo o processo de investigação desenvolvendo algumas reflexões, nomeadamente, das limitações, dificuldades sentidas e o contributo desta investigação.

Desde o início, o nosso objetivo foi realizar um trabalho que embora académico, contribuisse para uma melhor compreensão da Segurança nas UCCI em Portugal.

Neste sentido, optámos por realizar uma revisão bibliográfica, que nos permitiu uma maior perceção da relevância do estudo bem como o enquadramento da tradução e validação do questionário *NHSPSC- PT*. Foi essencial perceber o conceito de Segurança, quais as dimensões e a sua relevância no contexto das Unidades de Cuidados Continuados. A sequência dos temas abordados foi de encontro ao objetivo principal do trabalho: Validar o questionário Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (*NHSPSC*), para a língua Portuguesa, originando a versão portuguesa do *NHSPS*, determinar as características psicométricas e os níveis de segurança nas Unidades de Cuidados Continuados.

Foram assegurados todos os princípios metodológicos nos processos de equivalência linguística e conceptual, bem como na análise psicométrica.

O processo de tradução e adaptação, foi por nós considerado um caminho árduo que implicou um contributo participativo de vários atores.

O questionário *NHSPSC-PT*, exhibe razoáveis características psicométricas, apresentando validade de conteúdo, boa coerência interna, e reprodutibilidade.

Para aferir a fiabilidade recorremos à análise da consistência interna, confirmada pelos valores dos coeficientes de Alfa de Cronbach que apresentou valores elevados para o total da escala ($\alpha = 0,951$) com valores superiores ao da escala original ($\alpha = 0,8$), também o coeficiente de Pearson com valores de 0,799, no teste reteste confirma a consistência do instrumento. Para o estudo de validade utilizámos à análise fatorial com rotação ortogonal de tipo Varimax que revelou a existência de 8 dimensões. Perante esta solução factorial, propomos a reconfiguração do questionário de doze para oito dimensões.

Quanto aos níveis de Segurança do doente, destacamos os resultados mais significativos da nossa amostra que, sendo suficiente para o nosso estudo, não tem características que permitam caracterizar a segurança nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados a nível nacional.

Os valores observados permitem concluir que a Segurança na amostra selecionada, reflete níveis de segurança, na maioria positivos, verificando-se o seguinte: dos quarenta e dois itens, indicadores da cultura de segurança, apenas oito dos itens (A1,A4,B4,B5,B6,D1,D6,D8) apresentam um percentual de scores superiores a 70%, o que permite concluir que, maioritariamente, os profissionais que constituíram a nossa amostra, valorizam o trabalho de equipa, consideram que a instituição onde trabalham desenvolve estratégias para evitar ocorrência de danos e são da opinião que os doentes são aí bem cuidados.

Entre os 50% e 70% situam-se os itens: (A2, A6, A5, A7, A9, A11, A13, A14, A16, B1, B4, C1, C3, D3, D5, D7, D10) no total de dezassete, que levam a concluir que mais uma vez os profissionais que participaram nesta investigação, são da opinião que existe uma comunicação eficaz entre as equipas, recebem formação adequada e os gestores ou superiores hierárquicos estão atentos para implementar medidas a fim de melhorar a segurança do doente. Por fim, com scores inferiores a 50% temos quinze dos itens: A3, A8, A10, A12, A15, A17, A18, B2, B3, B7, B9, B11, C2, D2, D4 e D9 sendo que os itens A3, A8 e A10, apresentam valores negativos. Relativamente a estes itens, podemos concluir que a nossa amostra, reconhece que ainda existe um caminho a percorrer, a fim de melhorar procedimentos relacionados com a notificação de erros, assumir e falar sobre os mesmos. Também em relação aos supervisores há necessidade de maior abertura nesse sentido.

Perante estas conclusões, somos da opinião que é necessário desenvolver estratégias no sentido de melhorar as práticas, pois a qualidade emerge da participação ativa de todas as equipas, baseando-se fundamentalmente em normas, procedimentos, descrição de funções e na identificação das reais causas dos acontecimentos adversos (incidentes e/ou acidentes),sendo estes essenciais para a intervenção em segurança do doente (Serranheira, et al. 2010).

Este estudo apresenta algumas limitações que de algum modo se repercutem nas conclusões. Além da nossa pouca experiência, o método de colheita de dados, foi uma limitação não pela técnica propriamente dita, mas pelo facto da amostra pertencer a um pequeno grupo de UCCI, com contextos de trabalho diferentes e pertencentes a uma região do país, o que não nos permite generalizar os resultados.

Estes podem ser satisfatórios no entanto são apenas representativos da amostra selecionada. Somos da opinião que podem servir de ponto de partida para uma reflexão, uma vez que uma das principais abordagens às questões da segurança do doente, tem sido a que se baseia na perspetiva da gestão.

Reforçamos a importância de dar continuidade a este estudo sendo necessário a sua aplicação, a uma população mais alargada, noutras UCC, agregando estes a outros dados, de forma a analisar e conhecer os verdadeiros níveis de segurança nestas Unidades.

Apesar das limitações, o *NHSPSC* é um instrumento adequado para avaliar a cultura de segurança nas UCCI, tendo-se dado um primeiro contributo no processo de tradução e adaptação da “*NHSPSC*” para Portugal. Constitui um suporte importante em investigações futuras, que permite identificar a cultura de segurança da organização, bem como a possibilidade de definição de estratégias para a sua prevenção.

Ao terminarmos este estudo estamos convictos de ter atingido os objetivos propostos e ter deixado um importante instrumento para a análise da Cultura de Segurança nas UCCI bem como sensibilizado os seus profissionais para a sua importância.

Desejamos que este seja um instrumento que venha a ter ampla utilização quer a nível da prática, quer em trabalhos académicos. Pois consideramos que “*A qualidade de cuidados de saúde é um atributo objetivo, que tem que ser medido, acompanhado e melhorado sistematicamente*”, neste sentido pressupõe que existam critérios, claros e transparentes, indicadores percetíveis e facilmente, operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações e dêem sinais claros aos stakeholders...” (Campos, Borges & Portugal 2009, p.47).

A segurança é o elemento que quando ausente, afeta todas as áreas: estrutura, processo e resultado, poderá refletir-se no prolongamento de internamentos, agravamento de custos e o resultado final pode estar comprometido.

BIBLIOGRAFIA

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". Lisboa, Ministério da Saúde, acessado a 21 de novembro de 2011, [http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos hospitais - Conclus%C3%B5es finais 20 07 09 .pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Cl%C3%ADnica%20dos%20hospitais%20-%20Conclus%C3%B5es%20finais%2007%2009.pdf)

Agency for Healthcare Research and Quality, Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, items e dimensions, <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhdimensions.htm>

Agency for Healthcare Research and Quality, Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. September 2011, acessada 3 em Novembro de 2011 <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/nhsurvindex.htm>.

Agency for Healthcare Research and Quality "Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses", acessado a 7 de janeiro de 2012, "<http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/>.

Agency for Healthcare Research and Quality 2008a "Hospital survey on patient safety agency comparative "acessado a Dezembro de 2011, www.ahrq.gov/qual/hospurvey

Agency for Healthcare Research and Quality, 2008b Preliminary Comparative Results: Nursing Home Patient Safety Culture, Novembro 2008 acessado a dezembro de 2011 <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhprelim08.htm>

Agency for Healthcare Research and Quality 2011, Nursing Home on Patient Safety Culture 2011, user Comparative Database Report, acessado a novembro de 2012, <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey11/>.

Agency for Healthcare Research and Quality "Surveys on Patient Safety Culture Research Reference List. June 2012" acessado a 14 de agosto de 2012, <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/sopsrefs.htm>.

Agency for Healthcare Research and Quality 2012, "Patient Safety Culture "acessado a setembro de 2012. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/index.htm>

Agostinho, Luis 2008, "Competência Emocional em Enfermeiros, Um estudo em hospitais Publicos" Tese de Mestrado em Gestão Publica, Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas, Aveiro.

Almeida, L & Freire, T 2008, *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*, 5ª ed, Psiquilíbrios, Braga.

Alto Comissariado da Saúde 2010, Direção Geral da Saúde " *Plano Nacional de saúde 2011-2016 A qualidade dos Cuidados* " Lisboa, acedido em dezembro de 2011, <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Berwick,D& Leape,L 2005, "Five years after "to err is human "at have we learned ?", *Journal of the American Medical Association*, vol.293, nº 19, acedido a 13 de junho 2012 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/>

Brennan,T.- Gawande,A & Thomas,E 2005, "Accidental deaths, saved lives, and improved quality ", *The New England Journal of Medicine* , vol. 353, nº13, 14 de agosto de 2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464859/>

Campos,L, Borges,M & Portugal,R 2009, *Governança dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*, 1ªedα, Casa das Letras, Lisboa.

Carneiro, A 2010 "O erro Clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a Segurança dos Doentes: uma análise baseada na evidência científica", *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, vol.10, pp 3-10.

Carrapeto, C & Fonseca, F 2006, *Administração Publica: Modernização, Qualidade e Inovação*, 2ªed, Sílabo, Lisboa.

Carvalho, DP 2004, *O Erro Médico na perspetiva jurídica (O Erro em Medicina*, Almedina, Coimbra.

Carvalho, R 2011, "Adaptação Transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil. Questionário de atitudes de Segurança" Tese de Pós-graduação em Enfermagem Escola de Empresas de São Paulo, Brasil.

Castle, N 2011, "Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals" *Journal of Applied Gerontology*, acedido a 20 de novembro de 2012. <http://jag.sagepub.com/content/30/1.toc>

Castle NG & Sonon KE 2006, "A culture of patient safety in nursing homes, *Qual Saf Health Care*, acessido a 10 de setembro de 2012] <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/sopsrefs.htm>

Clinco, D 2007, "O Hospital é seguro? percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente", Tese de mestrado em Administração de Empresas, Escola de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

Conselho de Enfermagem 2011, *Parecer Nº31/2011 "Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de Unidades de Saúde"*, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, acessido a 20 de setembro de 2012, http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf.

Costa, C 2011, "Segurança do doente-Cultura de Segurança do Doente" *Departamento da Qualidade em Saúde Divisão de Segurança do doente*, Ministério da Saúde, Lisboa, acessido a 5 de junho de 2011, <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude2011/upload/membro.id/ficheiros/i016641.pdf>.

Decreto de Lei nº 101/2006 D.R.109 Serie I-A de 2006-06-06) pp,3856-3865.

Despacho de 3 de Junho (nº19/2006)

Despacho de 8 de junho (nº14223/2009)

Direção Geral da Saúde, <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521-DGS> -

Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade em Saúde 2011, " *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do doente*", Relatório Técnico, Ministério da Saúde, Lisboa.

Eiras, M 2010a *Workshop sobre efetividade de cuidados*, PowerPoint slides, Faculdade de Economia, Coimbra.

Eiras, M 2010b, " *Qualidade: Mar de oportunidades-Avaliação da Cultura De Segurança do doente no Hospita*", 35º Colóquio da Qualidade, Ponta Delgada.

Entidade Reguladora da Saúde 2011, " *Estudo do acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de saúde*", Porto.

Faria, P 2010, " Perspetiva do Direito da saúde em Segurança do Doente com base na experiencia norte Americana", *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, vol 10,pp. 81-88.

Fernandes, B. 2010, "Qualidade de vida nos doentes com psoríase-criação da versão português do Psoriasis Disability Index", Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde Faculdade de Economia, Coimbra.

Fernandes, A & Queirós, P 2011, "Cultura de Segurança do Doente Percecionada por Enfermeiros em Hospitais Distritais Portugueses" *Revista de Enfermagem referencia*.vol4,pp.37-48.

Ferreira, P & Seco, O 1993, " Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde" *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 37.

Ferreira, P & Marques 1998, *Avaliação psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos*, Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Ferreira, P 2011, *Avaliação, Validação e Adaptação de Instrumentos de Medição em Saude*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Ferreira, P & Anes, E 2011, Medição da Qualidade de vida de Insuficientes renais Crónicos: Criação da Versão portuguesa do KDQOL- Doenças Crónicas, Vol 28, nº1 pp.31-39.

Fragata, J. & Martins, L. 2005, Causas e mecanismos dos erros em medicina – A Anatomia do erro" in Fragata, J., Martins, L (ed.) *O Erro em Medicina - Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Livraria Almedina. 41-80. Coimbra.

Fragata, J 2006^a, Performance em Saúde - o caso da cirurgia. In Fragata, J *Risco Clínico: complexidade e performance* Almedina Coimbra, pp.81-113.

Fragata, J. 2006^b, *Risco Clínico Complexidade e Performance*, Almedina, Coimbra.

Fragata, J. 2010, "A segurança do doente - Indicador de Qualidade em Saúde" *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, vol.26, pp.564-570.

França, M. 2005, "Segurança dos doentes -Torná-la uma realidade" *Revista Qualidade em Saúde*.vol.13, pp.21-25.

França, M. 1998, "A Acreditação nos Hospitais" Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia, Coimbra.

Fortin.M 2003, *O Processo de Investigação: da conceção á realização* 3ªed, Lusociência, Loures.

Fortin,M 2009, *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*, Lusodidata, Loures.

Fonte,C. 2011, "Adaptação e validação para Português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory" Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia, Coimbra.

Freire.T,& Almeida.L 2001, Escalas de avaliação Construção e validação, In Fernandes,A & Almeida S, Métodos e técnicas de avaliação: Contributo para a prática e Investigação psicológicas (pp.109-128) Universidade do Minho, Braga.

Goleman. D. 2005, *Trabalhar com Inteligência Emocional*, temas e debates, Lisboa

Gomes,A. 2009, RNCCI, Contributos para um Modelo Integrado, *Revista Pretextos* ,Revista da Segurança Social, 33,Março 2009.

Handler S -Castel N & Studenski.S 2006 , "Assessment of patient safety culture in Nursing Home " *Qual Saf Health Care* 15 (6)pp.400-4) acedido a 10 de abril de 2012 www.ahrq.gov/qual/hospsurvey

Hemman, E 2002, "Creating healthcare cultures of patient safety" *The Journal of Nursing Administration* acedido a 10 de abril de 2012 <http://journals.lww.com/ionajournal/pages/results.aspx?k=>

Hill,M & Hill,A 2005, *Investigação por Questionário*,2ªed, Silabo, Lisboa.

Hughes C & Lapane K 2006, "Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *Int Qual Health Care*, acedido a 10 de setembro de 2012 <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/sopsrefs.htm>

Informação da DGS Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos adversos,nº009/2011 de 04-04-2011

Informação da DGS Avaliação da Cultura de Segurança nº013/2011 de 08-06-2011

Institute of Medicine 2000, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington National Academy

To Err is Human : building A Safer Health Sistem (1999)
<http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx>

Internacional Council of Nurses 2006, *Programa de Liderança para a Mudança do LPM. Manual do Participante*, Módulo 3 – Gestão de Recursos “Efectividade em termos de custos e tensões entre os custos e a qualidade” pp-7-12 Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Junior,D-Siqueira-J.-D-Almeida,L-Silva,W.-Sousa,P& Guerreiro,M 2010 “Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*,vol.10,pp.40-46.

Lage, M 2010, “ Segurança do Doente: da teoria á prática clinica” *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 10, pp.11-16.

Martin,D. Boeck,K. 2002,*QE-O que é a Inteligência Emocional”*, 2ªed.Pergaminho, Lisboa.

Mendes, 2012, PowerPoint da WHO Thomas & Peyterson (JGIM2003),*Investigação em Segurança do paciente/Doente, Curso Introductório, Sessão 23,Medir o Dano* Mendes Walter – Sessão traduzida e adaptada da original em ingles , elaborada pelo professor Albert Wu- World Health Organization , Patienty Safety World Aliance for Safer Health Care –World Health Organization –Lisboa acedido a Dezembro de 2012
<http://www.slideshare.net/Proqualis/medir-o-dano>.

Morath,J 2011, “Nurses Create a Culture of Patient Safety: It Takes More Than Projcets”
“Academic journal article from *Online Journal of Issues in Nursing*, acedido a 17 de julho de 2012, <http://www.questia.com/library/1P3-2665178411/nurses-create-a-culture-of-patient-safety-it-takes>.

National Patient Safety Agency 2009, “*Seven Steps To patient Safety in general practice*”
National Reporting and learning Service, acedido a 20 de novembro de 2012,www.npsa.nhs.uk/sevensteps.

National Patient Safety Agency 2000, acedido a janeiro de 2012,<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>,
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>,
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/>

Neves,H -Silva,A & Marques,P 2011,“Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM” *Revista de Enfermagem Referencia* vol.3,pp.105-112.

Nunes, L 2010, “Segurança dos Cuidados de Saúde versus sustentabilidade de Sistema de Saúde”, Ordens promovem debate sobre, *Ordem dos Enfermeiros*, Vol.36, p.46.

Nursing Home , *jornal da Segurança do doente* ,acedido a 20 de maio de 2012.
http://works.bepress.com/jerry_gurwitz/280/

Observatório Português dos Sistemas de Saúde 2011, *Relatório Primavera da depressão à crise, Para a Governação Prospetiva da Saúde, OPSS*, Lisboa, acedido a 3 de novembro de 2011,<http://www.observaport.org/rp2011/>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2011 *Plano nacional de suade 2011-2016- Cuidados Continuados Integrados em Portugal-analisando o presente perspetivando o futuro*, Évora, acedido a 6 de dezembro de 2011,http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf

Oliveira, J 2005,Gestão de Risco Hospitalar- perspectiva multiprofissional, *Ordem do Enfermeiros* 19, pp.5- 10.

Oliveira, A 2009, “Como Melhorar a Performance das Organizações de Saúde, Qual o Modelo a Seguir? Estudo Descritivo e Correlacional entre os Paradigmas da Qualidade, Cultura de Fiabilidade e Patient Safety, suas implicações na Performance dos Serviços de Urgência Pediátrica, Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros 2010,“ *Ordens Promovem debate sobre” Segurança dos Serviços de Saúde versus Sustentabilidade do Sistema de Saude*”, *Noticias Revista da Ordem do Enfermeiros*.36.

Ques,A- Montoro,C.H &Gonçalez,M. 2010 “Fortalezas e ameaças em torno da Segurança do Paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem” –*Revista latino-americana de Enfermagem*, acedido a 10 de abril de 2012www.eerp.usp.br/rlae.

Pagin,B 2012, “Acreditação de qualidade em quartas unidades” *Voz das Misericórdias* ano XXVII, março de 2012, pp4-5.

Parreira, P 2005,“*As Organizações*, Formasau, Coimbra.

Pascale,C & Gurses,A 2008, Nursing Workload and Patient Safety-A Human Factors, ,in Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for nurse ,Hughes, R,Editor Rochville : AHRQ 2008 Apr, acessido a 2 de Janeiro de 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>

Pestana,M & Gageiro,J 2005, *Análise de dados para as Ciências Sociais - a complementariedade do spss*, 4ªed.Silabo,Lisboa.

Pina, E - Ferreira, E- Marques,A & Matos,B 2010 “Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente ”*Revista de Saúde Publica*,vol.10,pp.27-39.

Pires, A,2004, *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade*, Silabo, Lisboa.

Pisco, L 2005, “Balanço de seis anos de IQS” *Qualidade em Saúde*. Vol. 12, pp.2-11.

Plano nacional de Saude 2011-2016, acessido a 4 dezembro de 2012 <http://pns.dgs.pt/2011/06/29/ers/http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016 2010,Cuidados Continuados Integrados:(Analisando presente, perspetivando o futuro, acessido a 10 julho de 2012<http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC1.pdf>

Plano Nacional de Saúde 2012-2016, análise especializada Cuidados Continuados Integrados, acessido a 3 novembro de 2011 <http://pns.dgs.pt/2010/08/04/ae-csc/>,<http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC-A1.pdf>, <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSC-Ag.pdf>

Polit ,D,Beck,C & Hungler,B 2001,*Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos e avaliação e utilização*, Artes Medicais, Porto Alegre.

Raposo,V 2007, “Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português “tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações, Faculdade de Economia, Coimbra.

Reason,J. 2004 , Beyond The Organisational accident : the need for” error wisdom” on the frontline , *Qual Saf Health Care*, acessido a 10 de abril de 2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765802/>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado 2008 , *Resultados dos inquéritos de Satisfação aos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados*, Unidade de

Missão Acedido a 3 de abril de 2012
http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorioabril2008_satisfacao.pdf

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2009, Política e Estratégia da qualidade UMCCI/Março de 2009 disponível na área de documentação da página eletrónica da RNCCI –acedido 4 de Dezembro de 2011 www.rncci.min-saude.pt/RNCCI

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2010 , *Estudo de caracterização do capital Humano do Pessoal da RNCCI*, Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados em parceria com o Instituto de Nacional de Administração Pública, acedido a 4 de Agosto de 2012
http://www.rncci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Estudo_INA_capitalHumano.pdf

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2012 , *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* “ Unidade de Missão, Lisboa , acedido a setembro de 2012
http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.

Rede Nacional de Cuidados Continuados -Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados “Cuidados Continuados Desafios” Lisboa, Ministério da Saúde: acedido a 3 de maio de 2012 <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidadoscontinuadosdesafiosfinal>.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Orientações/Manuais “perfis profissionais, presença efetiva e dotações diárias (mínimas), Unidade de Missão, Lisboa, Acedido a dezembro de 2012 <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Racios.pdf>

Reis, G 2007, “Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança “tese de mestrado em Ciências de Enfermagem Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Relatório de Primavera 2012 Crise e Saúde um país em sofrimento-Observatório Português dos sistemas de saúde (OPSS) acedido a junho de 2012, http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS.pdf

Revista da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados integrados,2011, nº2, Novembro de 2011- Quadrimestral 5º Aniversário.

Ribeiro,J 2008, *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*, 2ªed.Legis, Porto.

Rodrigues, R. 2009, “Satisfação Global Aferida pelos Pacientes: Uma aplicação ao Serviço de Urgência Português”, Tese de mestrado em Gestão e Economia da Saúde Faculdade de Economia, Coimbra.

Santos, Grilo, Andrade A, Guimaraes,T & Gomes,A 2010, “Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios “*Revista Portuguesa de Saúde Publica*, vol10,pp17-26.

Serranheira,F-,Uva A, Sousa,P,& Leite E 2010 “Segurança do doente e Saúde e Segurança dos Profissionais de Saude :duas faces da mesma moeda, *Saude &Trabalho.Orgão oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho*,Vol 7, pp.5-9

Silva, F 2009, “Mudança da Cultura na Prática médica para evitar o erro” Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa,Lisboa.

SingerS.M.B.A.;Phd;Kitch;Barret,T.M.D.;Rao;Sowmya,R.;Bonner;Alice.R.N ,Gaudet; Jennifer MA; Ph,D.;Bates;David W.M.D.; Msc; Campo; Terry- 2012 An Exploration Climate Security in Nursing Home - Journal of Patient Safety

Smetzer,J.&Navarra,M. 2007 Measuring Change:a Kei Component of Bluiding A Culture of Safety, *Nursing Economic* ,Vol.25,nº1,pp49-51

Sorra J & Nieva,V 2004, *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. AHRQ .Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 10 de marco de 2012<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/usergd.htm> .

Sorra,J 2004, *Hospital Survey on Patient Safety Culture* ,AHRQ ,acedido a 10 de março de 2012,<http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/hospcult.pdf>.

Sorra,J-Franklin, M & Streagle,S 2008, *Survey User`s Guide Nursing Home Survey On Patient Safety on Patient Safety Culture* :Rockville: AHRQ ,acedido a 4 setembro de 2011,<http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhguide.htm>.

Sorra J, Famolaro T& Dyer N 2011, *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture(2011) User Comparative Database..* <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey11/>.

Sousa, M 1999 ,“Garantia da qualidade e cuidados de enfermagem: construção e validação de instrumento de medida”, Sindicato Enfermeiros Portugueses, Lisboa.

Sousa, P 2006, Patient Safety - A necessidade de uma Estratégia Nacional , *Acta Médica Portuguesa*.vol.19,nº 5 ,pp.309-318.

Sousa,P - Uva,A & Serranheira,F. 2010, Investigação e Inovação em Segurança do Doente,*Revista de Saúde Publica* vol.10,pp.89-95.

Sousa,P- Uva,A - Serranheira,F - Leite,E & Nunes, C 2011, Segurança do Doente :eventos adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade ,*Escola Nacional de Saúde Publica- Universidade de Lisboa*, Lisboa.

Swanson,J& Candice,T,2011 Improving the culture of Patient Safety Trough the Magnet *The online Journal of Issues in Nursing*,vol 16,nº3 acedido a 4 de Dezembro <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No3-Sept-2011/Culture-of-Patient-Safety-and-Magnet-Journey.html>

Thomas,KS-Phda,MA -Hyer,K.-Castle,N-Laurence- Andel& R.Weech,R. 2012, Patient Safety Culture and the Association with Safe Resident Care,*in Nursin Home*” acedido a 10 de setembro de 2012 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22383542>

Unidade de Cuidados continuados Integrados, Manual de Gestão da Qualidade para Cuidados Continuados Integrados Quali dade, acedido a 14 de setembro de 2012http://www.ipq.pt/backfiles/MGQ_UCCI.pdf.

Unidade de Missão Cuidados Continuados saúde e apoio social, Ministério da saúde <http://www.rncci.min-saude.pt/Paginas/FAQ.aspx>
<http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

Unidade de Missão dos Cuidados Continuados 2009,Conference on Healthy and Dignified Ageing Swwdish Presidency of the EU 15-16 September 2009 - *Onde estamos para onde vamos – Apresentação em Outubro de 2009 –* RNCCIsaude.pt/SiteColectionDocuments/RNCCIOndeEstamosParaOndeVAmosOut.009.pdf , acedido a Dezembro de 2011
<http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCIOndeEstamosParaOndeVamosOut2009>.

Uva,A- Sousa,P & Serranheira,F 2010, A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico ,*Revista de Saúde Pública* , vol. 10,pp.1-2.

Viana,P 2010, “ Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos – Validação transcultural do Herth Hope index “ Tese de Mestrado em cuidados Paliativos , Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

World Health Organization 2004, *World alliance for Patient Safety, Forward programme*“Geneva:OMS, acedido a 4 de novembro de 2011, URL http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf .

World alliance for Patient Safety 2008, Summary of the evidence on patient safety: implication for research. Copenhagen,World Health Organization. http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_en.pdf.

Wikipedia, acedida a 3 Dezembro de 2011 http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_home

ANEXOS

Anexo 1 - Nursing Home Survey on Patient Safety Culture

Nursing Home Survey on Patient Safety

In this survey, “**resident safety**” means preventing resident injuries, incidents, and harm to residents in the nursing home.

This survey asks for your opinions about resident safety issues in your nursing home. It will take about 15 minutes to complete.

To mark your answer, just put an X or a √ in the box: or .

If a question does not apply to your job or you do not know the answer, please mark the box in the last column. If you do not wish to answer a question, you may leave your answer blank.

SECTION A: Working in This Nursing Home

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Staff in this nursing home treat each other with respect.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Staff support one another in this nursing home.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. We have enough staff to handle the workload	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Staff follow standard procedures to care for residents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Staff feel like they are part of a team.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Staff use shortcuts to get their work done faster.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Staff get the training they need in this nursing home	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Staff have to hurry because they have too much work to do.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. When someone gets really busy in this nursing home, other staff help out.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. Staff are blamed when a resident is harmed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION A: Working in This Nursing Home (continued)

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
11. Staff have enough training on how to handle difficult residents.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. Staff are afraid to report their mistakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
13. Staff understand the training they get in this nursing home.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
14. To make work easier, staff often ignore procedures.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
15. Staff are treated fairly when they make mistakes.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
16. Residents' needs are met during shift changes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
17. It is hard to keep residents safe here because so many staff quit their jobs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
18. Staff feel safe reporting their mistakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION B: Communications

<u>How often</u> do the following things happen in your nursing home?	Never ▼	Rarely ▼	Some-times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Staff are told what they need to know before taking care of a resident for the first time.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Staff are told right away when there is a change in a resident's care plan.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. We have all the information we need when residents are transferred from the hospital	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. When staff report something that could harm a resident, someone takes care of it.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. In this nursing home, we talk about ways to keep incidents from happening again.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION B: Communications (continued)

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
6. Staff tell someone if they see something that might harm a resident.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Staff ideas and suggestions are valued in this nursing home.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. In this nursing home, we discuss ways to keep residents safe from harm.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Staff opinions are ignored in this nursing home.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Staff are given all the information they need to care for residents	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. It is easy for staff to speak up about problems in this nursing home	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION C: Your Supervisor

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. My supervisor listens to staff ideas and suggestions about resident safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. My supervisor says a good word to staff who follow the right procedures	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. My supervisor pays attention to resident safety problems in this nursing home	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Your Nursing Home

How much do you agree or disagree with the following statements?	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
1. Residents are well cared for in this nursing home.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Management asks staff how the nursing home can improve resident safety.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. This nursing home lets the same mistakes happen again and again.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION D: Your Nursing Home (continued)

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither Agree nor Disagree ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼	Does Not Apply or Don't Know ▼
4. It is easy to make changes to improve resident safety in this nursing home	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. This nursing home is always doing things to improve resident safety	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. This nursing home does a good job keeping residents safe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Management listens to staff ideas and suggestions to improve resident safety	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. This nursing home is a safe place for residents	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. Management often walks around the nursing home to check on resident care.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. When this nursing home makes changes to improve resident safety, it checks to see if the changes worked.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

SECTION E: Overall Ratings

1. I would tell friends that this is a safe nursing home for their family.

- a. Yes
- b. Maybe
- c. No

2. Please give this nursing home an overall rating on resident safety.

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Poor | Fair | Good | Very good | Excellent |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

SECTION F: Background Information

1. What is your job in this nursing home? Check ONE box that best applies to your job. If more than one category applies, check the highest level job.

- a. **Administrator/Manager**
 - Executive Director/Administrator
 - Medical Director
 - Director of Nursing/Nursing Supervisor
 - Department Head
 - Unit Manager/Charge Nurse
 - Assistant Director/Assistant Manager
 - Minimum Data Set (MDS) Coordinator/
Resident Nurse Assessment
Coordinator (RNAC)

- f. **Direct Care Staff**
 - Activities Staff Member
 - Dietitian/Nutritionist
 - Medication Technician
 - Pastoral Care/Chaplain
 - Pharmacist
 - Physical/Occupational/Speech/
Respiratory Therapist
 - Podiatrist
 - Social Worker

- b. **Physician (MD, DO)**
- c. **Other Provider**
 - Nurse Practitioner
 - Clinical Nurse Specialist
 - Physician Assistant

- g. **Administrative Support Staff**
 - Administrative Assistant
 - Admissions
 - Billing/Insurance
 - Secretary
 - Human Resources
 - Medical Records

- d. **Licensed Nurse**
 - Registered Nurse (RN)
 - Licensed Practical Nurse (LPN)
 - Wound Care Nurse

- h. **Support Staff**
 - Drivers
 - Food Service/Dietary
 - Housekeeping
 - Laundry Service
 - Maintenance
 - Security

- e. **Nursing Assistant/Aide**
 - Certified Nursing Assistant (CNA)
 - Geriatric Nursing Assistant (GNA)
 - Nursing Aide/Nursing Assistant

- i. **Other** (Please write the title of your job):

2. How long have you worked in this nursing home?

- a. Less than 2 months
- b. 2 to 11 months
- c. 1 to 2 years
- d. 3 to 5 years
- e. 6 to 10 years
- f. 11 years or more

3. How many hours per week do you usually work in this nursing home?

- a. 15 or fewer hours per week
- b. 16 to 24 hours per week
- c. 25 to 40 hours per week
- d. More than 40 hours per week

SECTION F: Background Information (continued)

- 4. When do you work most often? Check ONE answer.
 - a. Days
 - b. Evenings
 - c. Nights

- 5. Are you paid by a staffing agency when you work for this nursing home?
 - a. Yes
 - b. No

- 6. In your job in this nursing home, do you work directly with residents most of the time?
Check ONE answer.
 - a. YES, I work directly with residents most of the time.
 - b. NO, I do NOT work directly with residents most of the time.

- 7. In this nursing home, where do you spend most of your time working? Check ONE answer.
 - a. Many different areas or units in this nursing home / No specific area or unit
 - b. Alzheimer's / Dementia unit
 - c. Rehab unit
 - d. Skilled nursing unit
 - e. Other area or unit (Please specify): _____

SECTION G: Your Comments

Please feel free to write any comments about resident care and safety in this nursing home.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

Anexo 2 - Pedido de autorização para aplicação do NHPSC-VP, à Equipe
Regional da ARSLVT

Isabel Maria Dionísio Costa
Rua Vale Castanheiros S/nº
Bárrio 2460-302 Alcobaça

Exmª Coordenadora da

Equipa Coordenadora Regional da ARSLVT

Isabel Maria Dionísio Costa, a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia das Organizações de Saúde 2011-2012, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, desenvolver a dissertação, com o título “ Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados - Criação da versão Portuguesa “Nursing Home Survey on Patient Safety Culture” sendo Orientadora a Professora Doutora Manuela Frederico.

O interesse pela promoção da cultura da Segurança do Doente, advém de ser um componente crítico da gestão da qualidade de cuidados e uma das principais preocupações das Organizações de Saúde em todo o mundo e sabendo que uma verdadeira cultura de segurança não depende só de normas sectoriais, mas de todo o ambiente envolvente das organizações, considera importante desenvolver estratégias de modo a conhecer a realidade e implementar culturas de aprendizagem nas mesmas.

O objetivo é o de adaptar e validar para Portugal o referido “instrumento”, a fim de conhecer a opinião das equipas sobre a cultura de segurança nestas Unidades, servindo como uma ferramenta de diagnóstico uma vez que possibilita avaliar até que ponto as culturas organizacionais nestas Unidades de Cuidados, nomeadamente pertencentes a ARSLVT, enfatizam a importância da segurança do doente. Pretendemos, ainda, vir a sensibilizar os vários profissionais para estas questões dando ênfase às perceções dos erros, aos erros e às dimensões da cultura de segurança (comunicação eficaz, trabalho de equipa, formação).

Assim vem por este meio solicitar a Vossa excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário (em anexo) nas seguintes Unidades de Cuidados Continuados: Lisboa - Hospital Residencial do Mar - Unidade Cuidados Paliativos; L.Nostrum - Unidade de Convalescença, Média Duração e Reabilitação, Longa Duração e Manutenção, Unidade de Cuidados Paliativos; Leiria - Confraria Nossa Senhora da Nazaré - Unidade de Média Duração e Reabilitação, e Longa Duração e Manutenção - Santa Casa da Misericórdia do Bombarral Hospital Casimiro da Silva Marques - Unidade de Convalescença, Média Duração e Reabilitação

e Longa Duração e Manutenção; Caldas da Rainha - Clínica Montepio Rainha D. Leonor -
Unidade de Convalescença.

Gostaria que o questionário fosse aplicado o mais breve possível.

Comprometo-me ao sigilo de dados, e enviar os resultados da pesquisa se assim o entender

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada, sempre ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,

A requerente

Handwritten signature of Isabel Costa in blue ink, written over a horizontal line.

A Orientadora

Handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.

Coimbra , 29 de Maio de 2012

Anexo 3 – Pedido de autorização para aplicação do NHPSC-VP às diversas
Unidades

Isabel Maria Dionísio Costa

Rua Vale Castanheiros S/nº

Bárrio 2460-302 Alcobaça

Tmn – 927072688

Exm. Sr. Dr. Presidente do Conselho de Administração
da LNostrum SA

Isabel Maria Dionísio Costa, a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia das Organizações de Saúde 2011-2012, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, interessada na promoção da cultura da Segurança **do Doente**, por ser um componente crítico da gestão da qualidade de cuidados e uma das principais preocupações das Organizações de Saúde em todo o mundo e sabendo que uma verdadeira cultura de segurança não depende só de normas sectoriais, mas de todo o ambiente envolvente das organizações, considera importante desenvolver estratégias de modo a conhecer a realidade e implementar culturas de aprendizagem nas mesmas.

Neste contexto encontra-se a desenvolver a sua tese, com o título “ **Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados - Criação da versão Portuguesa “ Nursing Home Survey on Patient Safety Culture”** sendo Orientadora a Professora Doutora Manuela Frederico.

O objetivo será Adaptar e Validar para Portugal o referido “instrumento”, a fim de conhecer a opinião das equipas sobre a cultura de segurança nestas Unidades, servindo como uma ferramenta de diagnóstico uma vez que possibilita avaliar até que ponto as culturas organizacionais nestas Unidades de Cuidados nomeadamente pertencentes a ARSLVT, enfatizam a importância da segurança do doente, e sensibilizar os vários profissionais para estas questões dando ênfase aos erros, as perceções dos erros e as dimensões da cultura de segurança (comunicação eficaz, trabalho de equipa, formação)

Assim vem por este meio solicitar a Vossa excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o questionário (em anexo) nesta Unidade de Cuidados Continuados.

Gostaria que o questionário fosse aplicado o mais breve possível

Comprometo-me ao sigilo de dados, e enviar os resultados da pesquisa se assim o entender

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada, sempre ao dispor

Coimbra, 20 de junho de 2012

Com os melhores Cumprimentos,

A requerente

A orientadora

Isabel Costa

Manuela Frederico

Anexo 4 - Pedido de autorização à AHRQ para a tradução do NHSPSC

De: Manuela Frederico [mailto:mfrederico@esenfc.pt]

Enviada: sexta-feira, 16 de Dezembro de 2011 10:09

Para: 'databasesonsafetyculture@ahrq.hhs.gov'

Cc: 'Isabel Costa'; António Manuel Martins Lopes Fernandes; 'Margarida Eiras'

Assunto: FW: translation and validation of the "Nursing Homes Survey on Patient Safety"

After the contacts established by António Manuel Fernandes, who share some work within the Patient Safety in Nursing School of Coimbra - Portugal, I would like to inform that the process of translation and validation of the "Nursing Homes Survey on Patient Safety" will be led by a nurse and a student (Isabel Maria Costa) of the Master in Management and Health Economics, Faculty of Economics da University of Coimbra, under my supervision.

Thank you for your attention,

Manuela Frederico

Manuela Frederico-Ferreira, RN, MS, PhD
Professora Coordenadora
Presidente do Conselho para a Qualidade e Avaliação
Investigadora da UICISA-dE e Coordenadora da linha 'Sistemas e Organizações de Saúde'
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001
3046-851 Coimbra - Portugal

----- Mensagem reencaminhada -----

From: amanuel@esenfc.pt [mailto:amanuel@esenfc.pt]

Sent: Tuesday, November 08, 2011 5:07 PM

To: Safety Culture Surveys

Subject: Translation and validation of NHSPSC

Good afternoon

We intend to proceed with the translation and validation of the Nursing Homes Survey on Patient Safety, to the Portuguese culture and language.

We need to know if anyone has started this process in Portugal. Our searches did not identify anyone, but we're not sure.

If you have any reference, please help us.

Thank you for your attention

António Manuel Fernandes

Nursing School of Coimbra - Portugal

From: Databases On Safety Culture <databasesonsafetyculture@ahrq.hhs.gov>
To: "amanuel@esenfc.pt" <amanuel@esenfc.pt>
Cc:
Date: Wed, 9 Nov 2011 13:31:44 +0000
Subject: RE: Translation and validation of NHSPSC

Hello Mr. Fernandes,

Unfortunately, no one has mentioned any translation into Portuguese for the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. But, we have had one inquiry about it:

Ricardo Sampaio

ricardosp@mac.com

Also, please feel free to contact Margarida Eiras, who has translated the HOSPITAL survey to Portuguese and administered it in Portugal. She may have done some work the with Nursing Home Survey that she hasn't mentioned to me.

Margarida Eiras

margarida.eiras@estesl.ipl.pt

R. Cidade de S. Paulo, 5-7º D

2685-190 Portela Portugal

Good luck and please keep in touch about the work you are doing and any translations that you do or hear about.

Thank you,
Dawn

Thank you for your response

As for Margarida Eiras, followed since 2008 and have collaborated with her in implementing the Hospital survey (soon we will bring you the results. We finished an average application).

She knows that we will undertake the translation of Nursing Home Survey.

Since no one has confirmed the translation, take the opportunity to inform you that from now we will start the process of translation and validation of the Nursing Home. In the coming months we will report on the results.

Thank you for your attention

António Manuel Fernandes

Nursing School of Coimbra - Portugal

Databases On Safety

Culture <databasesonsafetyculture@ahrq.hhs.gov>para: "amanuel@esenfc.pt"
<amanuel@esenfc.pt>,

Databases On Safety Culture <databasesonsafetyculture@ahrq.hhs.gov>
cc: "enfisabel@gmail.com" <enfisabel@gmail.com>

data: 9 de Novembro de 2011 à 27 16:26 assunto: RE: translation and validation of the Nursing
Home: É importante principalmente porque foi enviado diretamente para si.

PERFECT.. thank you!

Anexo 5 - Nursing Home Survey on Patient Safety Culture - Versão
Portuguesa

SECÇÃO D: A sua Unidade

Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente	Não se aplica ou Não sabe
1. Os doentes são bem cuidados nesta Unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nesta Unidade, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Esta Unidade é um lugar seguro para o doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o doente é cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando esta unidade implementa alterações para melhorar a segurança do doente, há a verificação da sua eficácia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECÇÃO E : Avaliação global

1. Eu diria aos meus amigos que esta Unidade é segura para os seus familiares.

- a. Sim
 b. Talvez
 c. Não

2. Por favor, atribua a esta Unidade uma avaliação global quanto à segurança do doente.

- Fraca Razoável Boa Muito boa Excelente
-

SECÇÃO F: Informação Geral

1. Qual a sua função nesta Unidade? Escolha a opção que melhor se aplica ao seu trabalho. Se exercer mais do que uma função, considere a de nível mais elevado.

- Administrador/Diretor
 Assistente Social
 Assistente operacional
 Terapeuta ocupacional
 Fisioterapeuta

- Médico
- Enfermeiro
- Nutricionista/dietista
- Terapeuta da fala
- Animador socio-cultural
- Administrativa
- Rececionista
- Motorista
- Limpeza e manutenção
- Outra (especifique):

2. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

- Menos de 2 meses
- 2 a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 5 anos
- 6 a 10 anos

3. Quantas horas, normalmente, trabalha por semana nesta Unidade?

- 10 ou menos horas por semana
- 11 a 20 horas por semana
- 21 a 30 horas por semana
- 31 a 40 horas por semana
- mais de 40 horas semanais

4. Quando trabalha mais frequentemente? Assinale uma resposta.

- Dia
- Tarde
- Noite

5. Qual a sua entidade empregadora? Assinale uma resposta

- Unidade de Cuidados
- Empresa Externa/ Prestação de Serviço

6. Nesta Unidade trabalha diretamente com o doente, a maior parte do tempo? Assinale uma resposta.

- a. Sim, trabalho com o doente a maior parte do tempo.
- b. Não, não trabalho com o doente a maior parte do tempo.

7. Nesta Unidade, onde dedica maior parte do tempo? Assinale apenas uma resposta.

- a. Diferentes áreas /Nenhuma área ou unidade específica
- b. Unidade de Alzheimer's/Demência
- c. Unidade de reabilitação
- d. Enfermaria
- e. Outra área ou unidade (por favor especifique): _____

8. **Sexo**

- Feminino
- Masculino

9. **Idade**

- Menos de 30 anos
- 30 a 34 anos
- 35 a 39 anos
- 40 a 44 anos
- 45 a 49 anos
- 50 ou mais anos

SECÇÃO G : Comentários

Por favor, sinta-se à vontade para deixar aqui os comentários que considere oportunos acerca dos cuidados e segurança do doente nesta Unidade.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 6- Pedido de autorização para realização do pré-teste do NHPSC-VP
na UCCI Batalha

Isabel Maria Dionísio Costa

Rua Vale Castanheiros S/nº

Bárrio 2460-302 Alcobaça

Exmª Srª Enfermeira Coordenadora da

Unidade de Cuidados Continuados da Batalha

(Graça)

Isabel Maria Dionísio Costa, a frequentar o Mestrado em Gestão e Economia das organizações de Saúde, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e a desenvolver a sua tese, com o título “ **Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados - Criação da versão Portuguesa “ Nursing Home Survey on Patient Safety Culture”**”, cujo o objetivo será Adaptar e Validar para Portugal este “instrumento”, a fim de conhecer a opinião das equipas sobre a cultura de segurança nestas Unidades, servindo como uma ferramenta de diagnóstico uma vez que possibilita conhecer e sensibilizar os vários profissionais para estas questões

Neste contexto vem por este meio solicitar a Vossa excelência que seja concedida autorização para que possa aplicar o referido questionário que se anexa na vossa instituição a uma amostra de 10 funcionários, a fim de realizar o pré-teste ao instrumento supracitado.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada, sempre ao dispor

Alcobaça, 21 de Maio de 2012

Com os melhores Cumprimentos

Isabel Maria Dionísio Costa

Anexo 7 -Alfa de Valores de Coeficiente de Fidelidade Alpha de Cronbach,
para os 42 itens

ANEXO 7 - Alfa de Cronbach com os 42 itens (após ter sido novamente colocado o A6 na positiva)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,947	42

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	145,53	450,432	,558	,946
A2	145,77	447,456	,573	,946
A3	146,75	440,010	,622	,945
A4	145,45	455,889	,513	,946
A5	145,59	453,047	,521	,946
A6	145,66	470,932	,038	,949
A7	145,79	446,217	,583	,945
A8	147,33	456,683	,369	,947
A9	145,73	449,723	,541	,946
A10	146,43	462,673	,209	,948
A11	146,15	444,339	,603	,945
A12	146,15	459,525	,298	,948
A13	145,67	456,109	,492	,946
A14	145,93	464,577	,179	,948
A15	146,12	452,682	,467	,946
A16	145,31	455,871	,498	,946
A17	145,64	461,986	,244	,948
A18	145,94	454,366	,506	,946
B1	145,59	445,112	,639	,945
B2	145,41	448,851	,627	,945
B3	146,00	448,721	,563	,946
B4	145,29	451,832	,651	,945
B5	145,29	451,782	,584	,946
B6	145,02	459,172	,437	,946
B7	146,02	440,951	,752	,944
B8	145,46	452,087	,562	,946
B9	145,96	447,466	,596	,945
B10	145,50	446,088	,725	,945
B11	145,81	441,973	,650	,945

C1	145,58	450,508	,609	,945
C2	145,98	444,869	,629	,945
C3	145,53	453,448	,575	,946
D1	145,07	458,265	,494	,946
D2	146,11	447,636	,578	,946
D3	145,78	458,697	,382	,947
D4	146,02	449,221	,612	,945
D5	145,94	447,497	,695	,945
D6	145,54	449,266	,730	,945
D7	146,01	442,811	,717	,945
D8	145,37	453,056	,630	,945
D9	146,19	442,727	,647	,945
D10	145,89	447,053	,688	,945

Alfa de Cronbach com os 42 itens, em que os itens (A8, A17, A6, A14, A10, A12, B9 e D3) formulados negativamente foram recodificados

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	144,15	447,913	,550	,945
A2	144,39	444,896	,568	,945
A3	145,37	436,726	,633	,945
A4	144,07	453,012	,514	,946
A5	144,21	450,709	,508	,946
A6	145,66	470,932	-,038	,949
A7	144,41	443,637	,578	,945
A8	145,95	453,063	,388	,946
A9	144,35	447,114	,536	,945
A10	145,05	459,129	,224	,948
A11	144,76	441,542	,603	,945
A12	144,77	456,456	,304	,947
A13	144,28	453,353	,489	,946
A14	144,54	461,201	,192	,948
A15	144,74	450,079	,461	,946
A16	143,93	453,265	,491	,946
A17	144,26	459,260	,241	,947
A18	144,56	451,822	,498	,946
B1	144,21	442,512	,634	,945
B2	144,03	446,310	,620	,945
B3	144,62	445,681	,569	,945
B4	143,91	448,918	,654	,945
B5	143,91	448,967	,584	,945
B6	143,64	456,592	,428	,946
B7	144,63	438,054	,754	,944
B8	144,08	449,223	,563	,945
B9	144,58	444,312	,605	,945
B10	144,12	443,567	,717	,944
B11	144,43	439,231	,649	,944
C1	144,20	447,404	,617	,945
C2	144,60	441,750	,636	,945

C3	144,15	450,864	,568	,945
D1	143,69	455,396	,495	,946
D2	144,72	444,956	,574	,945
D3	144,40	455,799	,383	,946
D4	144,64	446,248	,616	,945
D5	144,56	444,691	,695	,944
D6	144,16	446,465	,729	,944
D7	144,63	440,187	,713	,944
D8	143,99	450,598	,618	,945
D9	144,80	440,076	,644	,945
D10	144,50	444,252	,688	,944

Dimensão Cumprimento de procedimentos (A4,A6,A14)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,284	3

Anexo 8-Alfa de Valores de Coeficiente de Fidelidade Alpha de Cronbach,
para os 41 itens

Anexo 8 - Alfa com os 41 itens

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,949	41

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	142,12	448,314	,560	,947
A2	142,37	445,834	,565	,947
A3	143,32	436,954	,637	,947
A4	142,03	454,399	,509	,948
A5	142,19	451,499	,506	,948
A7	142,37	444,922	,577	,947
A8	143,89	453,460	,394	,949
A9	142,32	447,466	,547	,947
A10	143,02	460,887	,208	,950
A11	142,71	442,798	,601	,947
A12	142,75	457,499	,302	,949
A13	142,25	454,367	,493	,948
A14	142,52	463,323	,166	,950
A15	142,73	451,607	,448	,948
A16	141,90	454,589	,488	,948
A17	142,22	460,318	,243	,949
A18	142,52	452,619	,508	,948
B1	142,17	443,601	,634	,947
B2	141,98	447,376	,619	,947
B3	142,58	446,502	,573	,947
B4	141,86	449,979	,648	,947
B5	141,87	450,518	,569	,947
B6	141,60	457,985	,418	,948
B7	142,60	439,505	,750	,946
B8	142,03	450,703	,549	,947
B9	142,56	445,945	,590	,947
B10	142,08	444,842	,705	,946
B11	142,39	439,616	,656	,947
C1	142,15	448,433	,619	,947
C2	142,56	442,712	,638	,947
C3	142,10	451,213	,582	,947

D1	141,67	455,856	,493	,948
D2	142,68	445,194	,587	,947
D3	142,35	456,421	,394	,948
D4	142,60	447,539	,612	,947
D5	142,52	445,980	,691	,947
D6	142,13	447,920	,723	,947
D7	142,59	440,564	,722	,946
D8	141,95	451,342	,629	,947
D9	142,75	440,203	,653	,947
D10	142,45	444,682	,694	,946

Anexo 9 – Coeficiente de Pearson

Anexo 9 – Correlação de Pearson

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Respeito	4,19	,834	16
Respeito2	4,31	,602	16
Apoiamse	4,19	,750	16
Apoiamse2	4,13	,719	16
Profsuficientes	3,25	1,438	16
Profsuficientes2	3,38	1,500	16
Cumpremprotocolos	4,38	,885	16
Cumpremprot2	4,25	,683	16
Partedaequipa	4,20	,561	15
Partedaequipa2	4,19	,655	16
Executarmaisrapido	4,19	,655	16
Executarmais2	4,13	,500	16
Têmformação	2,50	1,506	16
Têmformação2	4,13	1,025	16
Recebeajuda	4,13	,885	16
Recebeajuda2	4,25	,683	16
Sãoculpabilizados	3,25	1,483	16
Sãoculpabilizados2	3,31	1,448	16
Formaçãodoentesdíficeis	3,63	1,204	16
Formaçãodo2	3,75	,931	16
Medodenotificarerros	3,38	,885	16
Medodenotifi2	3,31	,873	16
Compreendemformação	3,88	,719	16
Compreende2	4,31	,704	16
Ignoramprocedimentos	4,06	,680	16
Ignoraproce2	3,75	1,125	16
Tratadosdeformajusta	3,63	,719	16
Tratdosdefor2	3,69	,946	16
Necessidadesconhecidas	4,19	,750	16
Necessidade2	4,44	,512	16
Pretendemdeixar emprego	4,19	1,223	16
Pretendemdei2	3,88	1,025	16
Segurosaonotificar	3,88	1,258	16
Seguroanot2	3,44	1,263	16
Informaçãonecessária	4,00	,816	16

Onformaçãone2	4,31	,704	16
Informadosimediatamente	4,13	,885	16
Informadosim2	4,44	,727	16
Informaçõesnastransferencias	3,69	1,138	16
Informaçõesn2	3,50	,966	16
Estratégaispararesolução	4,44	,814	16
Estratégiaspa2	4,44	,629	16
Falamossobreevitar	4,31	,602	16
Falamossobre2	4,44	,629	16
Comunicamaalguem	4,69	,479	16
Comunicama2	4,63	,619	16
Ideiasugestõesvalorizadas	3,81	,750	16
Discutimosformas	3,88	,719	16
Discutimosform2	4,31	,704	16
Opiniõesignoradas	3,75	,931	16
Opiniõesignor2	3,94	,772	16
Todaainformação	3,94	,772	16
Todainforma2	4,13	,806	16
Facilidadeemfalarproblemas	3,75	1,238	16
Facilidadeemf2	3,81	1,047	16
Superiorouveideiasugestões	3,69	1,352	16
Superorouvei2	4,19	,911	16
Superiorelogiaprofissionais	3,56	1,413	16
Superiorelogi2	3,88	1,258	16
Superiorprestaatenção	4,19	,911	16
Superorprest2	4,31	,793	16
Doentesbemcuidados	4,50	,632	16
Doentesbemc2	4,63	,500	16
Formasdemelhorarsegurança	3,75	,856	16
Formasdemel2	4,19	,834	16
Permitemrepetiçãodeerros	2,13	1,187	15
Permitemrepi2	2,25	1,125	16
Fácilfazermudanças	4,00	,926	15
Fácilfazermud2	3,94	,854	16
Constantementeatomarmedidas	3,80	,941	15
Constanteme2	4,13	,719	16
Realizabomtrabalho	4,27	,594	15
Realizabomtra2	4,00	,730	16
Ouvemideiasousugestões	3,94	1,063	16
Ouvemideiaso2	4,13	,957	16

Lugarseguro	4,50	,632	16
Lugarseguro2	4,19	,750	16
Visitamfrequentemente	4,19	,911	16
Visitamfreque2	4,00	1,033	16
Verificaçãodaeficiãodealterações	4,33	,816	15
Verificaçãoda2	4,25	,856	16

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Total	162,5625	24,88632	16
Total2	166,9375	20,72509	16

Correlations

	total	total2
Pearson Correlation	1	,799**
total Sig. (2-tailed)		,000
N	16	16
Pearson Correlation	,799**	1
total2 Sig. (2-tailed)	,000	
N	16	16

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo 10- Análise Factorial para os 42 itens com o Eigenvalues de 1

Anexo 10 - Análise Fatorial com Eigenvalue de 1, com 42 itens

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,873
Approx. Chi-Square		3069,105
Bartlett's Test of Sphericity	df	861
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
	1	14,526	34,587	34,587	14,526	34,587	34,587	7,014	16,701	16,701
2	2,687	6,397	40,984	2,687	6,397	40,984	4,245	10,108	26,808
3	2,103	5,007	45,990	2,103	5,007	45,990	3,181	7,575	34,383
4	1,924	4,580	50,570	1,924	4,580	50,570	2,932	6,980	41,363
5	1,590	3,785	54,356	1,590	3,785	54,356	2,780	6,619	47,983
6	1,445	3,440	57,795	1,445	3,440	57,795	2,515	5,989	53,972
7	1,370	3,262	61,057	1,370	3,262	61,057	2,275	5,416	59,388
8	1,169	2,784	63,841	1,169	2,784	63,841	1,540	3,667	63,055
9	1,094	2,604	66,445	1,094	2,604	66,445	1,424	3,390	66,445
10	,949	2,260	68,705						
11	,912	2,171	70,876						
12	,875	2,083	72,959						
13	,815	1,941	74,899						
14	,781	1,858	76,758						
15	,766	1,824	78,582						
16	,685	1,632	80,214						
17	,661	1,574	81,788						
18	,633	1,508	83,296						
19	,594	1,415	84,711						
20	,546	1,300	86,011						
21	,504	1,200	87,210						
22	,488	1,163	88,373						
23	,443	1,054	89,427						
24	,420	1,000	90,427						
25	,384	,914	91,341						
26	,353	,840	92,181						
27	,337	,801	92,982						

28	,332	,790	93,772						
29	,296	,705	94,477						
30	,290	,690	95,167						
31	,255	,607	95,774						
32	,233	,555	96,329						
33	,228	,543	96,872						
34	,209	,498	97,370						
35	,197	,469	97,839						
36	,164	,389	98,229						
37	,160	,381	98,610						
38	,148	,352	98,961						
39	,133	,317	99,279						
40	,123	,293	99,572						
41	,101	,241	99,813						
42	,079	,187	100,000						
Extraction Method: Principal Component Analysis.									

Rotated Component Matrix^a

	Component								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A1	,190	,114	,256	,128	,785	,100	,077	,080	,068
A2	,200	,208	,251	,122	,764	,146	-,050	,025	,028
A3	,320	,098	,013	,481	,454	,351	,150	-,091	-,178
A4	,162	,096	,546	,275	,044	,248	,189	,055	-,061
A5	,244	,197	,546	,226	,359	-,156	,084	-,127	,228
A6	,064	-,004	,047	-,098	,077	,055	,007	-,112	,848
A7	,305	,090	,280	,033	,130	,673	,187	,035	-,016
A8	,342	-,049	-,205	,510	,209	,008	,356	-,143	-,320
A9	,381	,126	,224	-,074	,535	,248	,075	-,112	,022
A10	,128	,067	-,002	,011	-,063	,048	,258	,619	-,230
A11	,406	,229	,145	,027	,147	,589	-,036	,174	,005
A12	,160	,008	,100	-,045	,169	-,092	,689	,334	-,011
A13	,283	,040	,675	,026	,196	,114	,000	,050	-,087
A14	-,044	-,060	,309	-,016	,077	,062	,534	,105	-,346
A15	-,017	,133	,218	,389	,213	,639	,081	-,121	,095
A16	,110	,293	,703	-,040	,183	,177	,087	-,060	,038
A17	-,099	,176	,010	,239	-,021	,142	,710	-,034	,191
A18	,091	,109	,615	,250	,097	,182	,095	,326	,203
B1	,241	,410	,143	,172	,160	,423	,075	,401	,134
B2	,337	,588	,199	,182	,124	-,052	,103	,256	,202
B3	,386	,415	,086	,305	,167	-,062	-,111	,368	,007

B4	,235	,702	,217	,237	-,039	,171	,148	,154	,005
B5	,258	,711	,136	,110	,055	,293	-,077	-,092	-,102
B6	,095	,705	,242	,095	,092	-,104	,109	-,183	,029
B7	,492	,371	,040	,289	,341	,202	,164	,128	-,038
B8	,250	,648	-,094	,094	,265	,201	-,014	,190	,000
B9	,450	,439	,083	-,063	,259	,106	,181	,131	-,209
B10	,451	,502	,074	,236	,105	,287	,031	,278	,157
B11	,351	,315	,125	,546	,062	,151	,173	,087	,004
C1	,350	,229	,180	,713	,074	,039	-,028	,085	-,027
C2	,397	,197	,216	,575	,117	,171	-,098	,101	-,116
C3	,534	,217	,144	,452	-,095	,101	-,050	,033	,159
D1	,081	,423	,479	,013	,203	,114	,355	-,271	-,074
D2	,656	,195	-,009	,064	,270	,249	-,214	,006	-,008
D3	,329	,186	,224	-,147	-,259	,260	,518	,023	-,042
D4	,648	,117	,152	,207	,151	-,064	,128	,231	-,032
D5	,822	,172	,140	,178	,121	-,019	,038	,064	-,066
D6	,779	,242	,179	,160	,056	,125	,112	-,023	,044
D7	,773	,171	,108	,300	,196	,031	-,030	,051	,022
D8	,688	,254	,257	,047	-,042	,102	,172	-,151	,212
D9	,685	,055	,055	,125	,217	,333	,033	,069	,016
D10	,657	,161	,123	,171	,129	,236	,082	,180	-,029

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

Anexo 11- Análise Factorial para os 42 itens forçada Eigenvalues de 12

Anexo 11 - 42 itens Forçado a 12 factores

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,873
Approx. Chi-Square	3069,105
Bartlett's Test of Sphericity df	861
Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14,526	34,587	34,587	14,526	34,587	34,587
2	2,687	6,397	40,984	2,687	6,397	40,984
3	2,103	5,007	45,990	2,103	5,007	45,990
4	1,924	4,580	50,570	1,924	4,580	50,570
5	1,590	3,785	54,356	1,590	3,785	54,356
6	1,445	3,440	57,795	1,445	3,440	57,795
7	1,370	3,262	61,057	1,370	3,262	61,057
8	1,169	2,784	63,841	1,169	2,784	63,841
9	1,094	2,604	66,445	1,094	2,604	66,445
10	,949	2,260	68,705	,949	2,260	68,705
11	,912	2,171	70,876	,912	2,171	70,876
12	,875	2,083	72,959	,875	2,083	72,959
13	,815	1,941	74,899			
14	,781	1,858	76,758			
15	,766	1,824	78,582			
16	,685	1,632	80,214			
17	,661	1,574	81,788			
18	,633	1,508	83,296			
19	,594	1,415	84,711			
20	,546	1,300	86,011			
21	,504	1,200	87,210			
22	,488	1,163	88,373			
23	,443	1,054	89,427			
24	,420	1,000	90,427			
25	,384	,914	91,341			
26	,353	,840	92,181			
27	,337	,801	92,982			
28	,332	,790	93,772			

29	,296	,705	94,477		
30	,290	,690	95,167		
31	,255	,607	95,774		
32	,233	,555	96,329		
33	,228	,543	96,872		
34	,209	,498	97,370		
35	,197	,469	97,839		
36	,164	,389	98,229		
37	,160	,381	98,610		
38	,148	,352	98,961		
39	,133	,317	99,279		
40	,123	,293	99,572		
41	,101	,241	99,813		
42	,079	,187	100,000		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Anexo 12-Análise Factorial para os 40 itens, com rotação Varimax

Anexo 12 - Com os 40 itens e eigenvalues de 1

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,878
Approx. Chi-Square	3030,563
Bartlett's Test of Sphericity df	780
Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14,454	36,135	36,135	14,454	36,135	36,135	6,462	16,155	16,155
2	2,509	6,272	42,407	2,509	6,272	42,407	4,432	11,080	27,235
3	2,039	5,097	47,504	2,039	5,097	47,504	3,201	8,003	35,239
4	1,765	4,412	51,916	1,765	4,412	51,916	3,069	7,673	42,912
5	1,493	3,732	55,648	1,493	3,732	55,648	3,013	7,531	50,443
6	1,421	3,552	59,200	1,421	3,552	59,200	2,378	5,944	56,387
7	1,309	3,272	62,472	1,309	3,272	62,472	1,828	4,569	60,957
8	1,161	2,903	65,375	1,161	2,903	65,375	1,767	4,418	65,375
9	,972	2,429	67,803						
10	,923	2,308	70,111						
11	,869	2,172	72,283						
12	,845	2,113	74,396						
13	,764	1,909	76,305						
14	,711	1,777	78,083						
15	,692	1,729	79,812						
16	,655	1,638	81,450						
17	,645	1,613	83,063						
18	,558	1,395	84,458						
19	,546	1,365	85,823						
20	,482	1,206	87,029						
21	,454	1,134	88,163						
22	,446	1,114	89,277						

23	,423	1,058	90,335					
24	,409	1,022	91,357					
25	,352	,879	92,236					
26	,338	,845	93,081					
27	,330	,824	93,906					
28	,309	,771	94,677					
29	,283	,708	95,385					
30	,254	,636	96,021					
31	,226	,564	96,586					
32	,208	,519	97,105					
33	,201	,503	97,608					
34	,177	,443	98,050					
35	,167	,418	98,468					
36	,152	,380	98,848					
37	,141	,354	99,202					
38	,131	,328	99,530					
39	,109	,274	99,804					
40	,078	,196	100,000					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Forçando os 12 factores

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,878
Approx. Chi-Square		3030,563
Bartlett's Test of Sphericity	df	780
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14,454	36,135	36,135	14,454	36,135	36,135
2	2,509	6,272	42,407	2,509	6,272	42,407
3	2,039	5,097	47,504	2,039	5,097	47,504
4	1,765	4,412	51,916	1,765	4,412	51,916
5	1,493	3,732	55,648	1,493	3,732	55,648
6	1,421	3,552	59,200	1,421	3,552	59,200
7	1,309	3,272	62,472	1,309	3,272	62,472
8	1,161	2,903	65,375	1,161	2,903	65,375
9	,972	2,429	67,803	,972	2,429	67,803
10	,923	2,308	70,111	,923	2,308	70,111
11	,869	2,172	72,283	,869	2,172	72,283
12	,845	2,113	74,396	,845	2,113	74,396
13	,764	1,909	76,305			
14	,711	1,777	78,083			
15	,692	1,729	79,812			
16	,655	1,638	81,450			
17	,645	1,613	83,063			
18	,558	1,395	84,458			
19	,546	1,365	85,823			
20	,482	1,206	87,029			
21	,454	1,134	88,163			
22	,446	1,114	89,277			
23	,423	1,058	90,335			
24	,409	1,022	91,357			
25	,352	,879	92,236			

26	,338	,845	93,081		
27	,330	,824	93,906		
28	,309	,771	94,677		
29	,283	,708	95,385		
30	,254	,636	96,021		
31	,226	,564	96,586		
32	,208	,519	97,105		
33	,201	,503	97,608		
34	,177	,443	98,050		
35	,167	,418	98,468		
36	,152	,380	98,848		
37	,141	,354	99,202		
38	,131	,328	99,530		
39	,109	,274	99,804		
40	,078	,196	100,000		

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Rotated
Component
Matrix^a**



a. Rotation failed to converge in 25 iterations.
(Convergence = ,027).